



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

**A PESSOA COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA  
CRÓNICA SUBMETIDA A VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA:**

**Intervenções do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação Promotoras da Adesão  
ao Regime Terapêutico**

Sara Figueiredo

**2014**



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Reabilitação

**A PESSOA COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA  
CRÓNICA SUBMETIDA A VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA:  
Intervenções do Enfermeiro Especialista em  
Enfermagem de Reabilitação Promotoras da Adesão  
ao Regime Terapêutico**

Sara Figueiredo

Relatório de Estágio Orientado por: Prof<sup>a</sup> Cristina Saraiva

**2014**

## Índice

<b>Introdução .....</b>	<b>7</b>
<b>Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação Promotoras da Adesão do Doente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica à Ventilação Não Invasiva .....</b>	<b>17</b>
<b>O Processo de Reabilitação Respiratória, Sensório-motora e de Eliminação: uma Complementaridade na Compreensão do Fenómeno de Adesão ao Regime Terapêutico .....</b>	<b>33</b>
<b>Considerações Finais .....</b>	<b>51</b>
<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>54</b>
<b>Anexos e Apêndices</b>	
Anexo I - Associação entre sintomas, classificação espirométrica e risco de exacerbações	
Anexo II - Critérios para a prescrição de OLD	
Anexo III- Critérios para a implementação da VNI em doentes com IRC decorrente da DPOC	
Anexo IV - Certificado de participação no Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação 2014	
Anexo V - Certificado de participação no Workshop “Bandas Neuromusculares”	
Anexo VI - Certificado de participação no Workshop “ Ventilar/expectorar: Inovações tecnológicas”	
Anexo VII- Certificado de participação no Workshop “Drenagem Linfática”	
Apêndice I - Projeto de Formação - A PESSOA COM DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA SUBMETIDA A VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Reabilitação Promotoras da Adesão ao Regime Terapêutico	
Apêndice II - Check-list dos fatores que influenciam a adesão à VNI	
Apêndice III- Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação	
Apêndice IV - Disreflexia Autónoma	
Apêndice V - Jornal de aprendizagem	

*“Cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Portanto abrange mais que um momento de atenção, zelo e desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”.*

Leonardo Buff



## Agradecimentos

a Deus por me ter ajudado a gerir todos os aspetos da minha vida (pessoal, profissional e académica), de modo a concretizar os objetivos desta etapa;

à professora Cristina Saraiva pela sua orientação;

aos meus orientadores de estágio, (Enf<sup>a</sup> Fátima, Enf<sup>a</sup> Célia, Enf<sup>o</sup> Carlos) nos diferentes contextos, por me mostrarem a importância que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação desempenha na promoção do autocuidado dos seus utentes;

à minha mãe, pelo apoio incondicional que me deu, estando sempre disponível para mim e para os meus;

ao Marco, pelo pai que tem sido para o Pedro;

ao Pedro, porque apesar da ausência continua a chamar-me “mamã fofininha”;

às minha colegas de equipa, por se preocuparem comigo, facilitando o meu dia-a-dia no local de trabalho;

aos utentes a quem prestei cuidados.

## Resumo

O presente trabalho enquadra-se no relatório de estágio do 4º curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem de Reabilitação.

A problemática que norteou o meu percurso de estágio foi a intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação na promoção da adesão terapêutica do doente com doença pulmonar obstrutiva crónica à ventilação não invasiva.

A doença pulmonar obstrutiva crónica é uma doença prevenível e tratável, no entanto, as alterações por ela provocadas contribuem para limitações nas atividades de vida diária, diminuição da tolerância ao exercício e à atividade física, tornando-a assim uma doença incapacitante e com um impacto socioeconómico elevado.

A ventilação não invasiva tem demonstrado uma influência positiva no controlo desta doença e na melhoria da qualidade de vida dos doentes. No entanto, múltiplos factores parecem conduzir a um défice na adesão ao tratamento.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação desempenha um papel importante no suporte e acompanhamento dos doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica, família e comunidade, promovendo a sua cooperação e motivação para a adesão à ventilação não invasiva.

Tendo por base a teoria de enfermagem do défice de autocuidado de Dorothea Orem, foram realizados planos de intervenção no sentido da promoção da adesão ao regime terapêutico e do autocuidado dos doentes em todos os contextos de estágio.

A descrição das atividades desenvolvidas pretende demonstrar o desenvolvimento das competências gerais e específicas de enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros, para a obtenção do grau de mestre e do título de enfermeiro especialista.

**Palavras-chave:** intervenções de enfermagem de reabilitação, adesão terapêutica, autocuidado, ventilação não invasiva, doença pulmonar obstrutiva crónica

## **Abstrat**

The current coursework consists on the 4th course of Master's degree in Nursing internship report, related to the field of specialization in Rehabilitation Nursing.

The issue that guided my internship pathway was related to the intervention of the specialized nurse on the rehabilitation promoting the therapeutical compliance of the patient with chronic obstructive pulmonary disease to the non-invasive ventilation.

The chronic obstructive pulmonary disease is an illness that can be prevented and cured. However, the consequences resulting from that same illness contribute to limitations on the every day life, reduction on the tolerances to exercise and physical activity, turning it into a disabling disease with a huge socio-economic impact.

The non-invasive ventilation has been proving to have a positive influence on the disease control and on the improvement of the patients' quality of life. Nevertheless, multiple factors seem to be leading to a deficit on the treatment compliance.

The specialized nurse on rehabilitation nursing plays an important role in what concerns supporting and following-up the patient with chronic obstructive pulmonary disease, his family and community, promoting his cooperation and motivation regarding the NIV compliance.

Based on Dorothea Orem's Self Care Deficit Theory of Nursing, intervention plans have been put in action in order to promote therapeutical compliance and self care through all internship contexts.

The description of the developed activities is to demonstrate the specialized nurse on rehabilitation nursery level of acquisition and development of general and specific skills, which have been being preconized by the Order of Nurses with the aim of obtaining a master's degree and the title of specialized nurse.

**Keywords:** rehabilitation nursery interventions, therapeutical compliance, self care, non-invasive ventilation, chronic obstructive pulmonary disease

## Introdução

O presente relatório de estágio surge no âmbito do 4º curso de mestrado em enfermagem – área de especialização em enfermagem de reabilitação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. A sua redação pretende demonstrar o desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER), preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), para a obtenção do grau de mestre, tendo por base a reflexão sobre a prática de cuidados.

O substrato para a sua elaboração foi a implementação do projeto concebido no 2º semestre do mestrado (apêndice I), onde foi elaborada a planificação do percurso a trilhar no estágio do 3º semestre.

Procurei desenvolver uma temática que, apesar de aplicada em contexto de prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação a adultos, pudesse ter pontos de contacto com a minha experiência profissional numa unidade de cuidados intensivos neonatais (UCIN). Durante os últimos 6 anos de atividade profissional tenho prestado cuidados a recém-nascidos (RN) submetidos a ventilação não invasiva (VNI). Apesar da prestação de cuidados de enfermagem a indivíduos adultos, submetidos a este tipo de ventilação, exigir outro tipo de conhecimentos e técnicas, os princípios a ter em consideração são semelhantes.

Decidi, então, aprofundar esta temática e, uma vez que, ao longo da componente teórica do mestrado, tomei conhecimento de que os níveis de adesão à VNI não são os desejados, o fenómeno da adesão terapêutica surgiu como foco do meu percurso de estágio. Assim, debrucei-me sobre a adesão terapêutica dos doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) à VNI.

Consequentemente, foi realizada uma revisão da literatura científica sobre esta e outras matérias, não só em monografias, mas também através da base electrónica de dados, EBSCO, em particular a *CINHAL Plus with Full Text* e *MEDLINE with Full Text*. A pesquisa electrónica limitou-se aos artigos publicados em texto integral nos últimos 5 anos. Foram utilizadas as palavras-chave, segundo os descritores: “Pulmonary Disease, Chronic Obstructive”; “Noninvasive Ventilation”;

“Continuous Positive Airway Pressure”; “Positive End Expiratory Pressure”; “Patient Compliance”.

A DPOC é uma doença prevenível e tratável. A sua componente pulmonar é caracterizada por uma limitação progressiva do fluxo aéreo, não completamente reversível (mesmo recorrendo a terapêutica broncodilatadora) e associada a uma resposta inflamatória anormal a partículas ou gases nocivos (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD], 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, em 2030, a DPOC se torne na terceira causa de morte, em todo o mundo (Direção Geral de Saúde [DGS], 2012).

Em Portugal, 14,2% das pessoas com mais de 45 anos sofrem de DPOC, nos seus diferentes estádios de desenvolvimento e, em 2013, a tendência de diminuição progressiva do número de internamentos por esta patologia parece ter-se invertido, existindo um aumento de 10,9% relativamente a 2011 (Observatório Nacional das Doenças Respiratórias [ONDR], 2013).

Os principais sintomas são dispneia (persistente, progressiva e que aumenta com o exercício); tosse crónica (que pode ser intermitente e não produtiva); produção de secreções e pieira (GOLD, 2013). Os doentes apresentam uma respiração tipo costal superior, com o uso dos músculos acessórios, originando assinergia ventilatória (Câmara, Nóbrega & Maul, 2011; Heitor, Canteiro, Ferreira, Olazabal & Maia, 1988; Menoita & Cordeiro, 2012).

Os principais fatores de risco para o seu desenvolvimento são o tabagismo (a cessação tabágica é determinante para o controlo da doença); a poluição atmosférica e ambiental resultante da combustão de biomassas (lenha, carvão, etc); infeções respiratórias de repetição, durante a infância; história de tuberculose ou de infeção por vírus da imunodeficiência humana. Fatores genéticos, como o défice de alfa 1-antitripsina, estão presentes em 1% destes doentes (GOLD, 2013; Menoita & Cordeiro, 2012).

Para além de uma componente pulmonar bastante importante, a DPOC apresenta consequências multissistémicas, nomeadamente a nível cardiovascular, músculo-esquelético, metabólico e psicológico. Fadiga, falta de apetite, perda de massa muscular, osteoporose e depressão, são alguns dos sintomas associados.

Todas estas alterações contribuem para limitações nas atividades de vida diária (AVD) e diminuição da tolerância à atividade física, tornando-a uma doença incapacitante e com um impacto socioeconómico elevado. O absentismo e a perda de produtividade são igualmente uma realidade. Estes doentes deixam precocemente de trabalhar, acarretando um aumento dos custos com prestações sociais e uma sobrecarga para os seus cuidadores.

A compreensão do impacto da DPOC na vida do doente combina a avaliação sintomática com os resultados da espirometria, a ocorrência de exacerbações da doença e a presença de comorbilidades. Esta avaliação permite uma melhor orientação terapêutica e gestão da doença. A partir dela a GOLD (2013) identifica 4 grupos de doentes (anexo I).

Os objetivos da intervenção terapêutica farmacológica<sup>i</sup> e não farmacológica centram-se na redução de sintomas, melhorando a tolerância ao exercício e a condição de saúde e na redução de riscos, prevenindo e tratando as exacerbações, atrasando, deste modo, a progressão da doença (GOLD, 2013).

A oxigenoterapia de longa duração (OLD), superior a 15 horas por dia, de acordo com os critérios da GOLD (2013) (anexo II), contribui para o aumento da sobrevida dos doentes em fase de insuficiência respiratória crónica. Igualmente, o recurso a VNI está a aumentar nos doentes com DPOC muito grave estabilizada.

Na União Europeia, os custos relacionados com o tratamento desta doença rondam os 38,6 biliões de euros (GOLD, 2013).

Em Portugal, no ano de 2006, o custo anual médio de um doente com DPOC foi de 3.676€. O internamento correspondeu a 53,5% do valor total; o tratamento médico relativo à medicação, OLD e VNI, a 25,1% e o atendimento em ambulatório a 21,4%. O custo total do indivíduo com DPOC muito grave (8.224€) é o dobro do custo dos doentes com DPOC grave ou moderada e quatro vezes superior ao dos doentes com DPOC ligeira (DGS, 2010). Esta patologia foi responsável por 12,7% dos internamentos por doenças respiratórias em 2012 (ONDR, 2013).

Um programa de reabilitação respiratória individualizado<sup>ii</sup> é fundamental,

---

<sup>i</sup> Os fármacos de eleição são os broncodilatadores anticolinérgicos e os agonistas beta-adrenérgicos de curta e longa duração, administrados preferencialmente por via inalatória. A sua associação com corticoterapia é mais eficaz na melhoria da função pulmonar e estado de saúde. A imunização antigripal e antipneumocócica deve ser administrada. Doentes jovens, com défice hereditário de alfa 1-antitripsina, devem realizar terapêutica de substituição desta antiproteínase (GOLD, 2013).

<sup>ii</sup> A GOLD (2013) preconiza um programa com duração mínima de 6 semanas, mas quanto maior for a sua duração, melhores os resultados obtidos.

tendo em vista a otimização terapêutica, a reeducação funcional respiratória (RFR), o treino de exercício e a intervenção nutricional e psicossocial, podendo o EEER intervir nestas áreas. Neto e Amaral (2003, p.2) referem que “é através de um programa de reabilitação pulmonar que o círculo vicioso da falta de ar, inatividade, perda de condicionamento físico, isolamento social e depressão pode ser revertido”.

A melhoria dos cuidados médicos e de enfermagem e o avanço tecnológico, que se tem verificado nas últimas décadas, têm contribuído para o aumento da sobrevida destes doentes, sendo o recurso à VNI disso exemplo.

A VNI provê suporte ventilatório mecânico através de diferentes interfaces (máscaras faciais, nasais, bocais ou capacete) em doentes com estímulo respiratório, sem necessidade de intubação endotraqueal.

Esta terapêutica tem como objetivos fundamentais: a melhoria das trocas gasosas; a diminuição do trabalho respiratório, promovendo o descanso dos músculos respiratórios; a diminuição da frequência respiratória; o controlo da dispneia e a diminuição do auto-PEEP (pressão positiva no final da expiração) nos doentes com DPOC (Câmara et al, 2011; Rodriguez, 2011; Ferreira, Nogueira, Conde & Taveira, 2009).

As principais modalidades ventilatórias da VNI são as seguintes:

- CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*) que aplica uma pressão positiva contínua durante todo o ciclo respiratório.
- BiPAP (*Bilevel Positive Airway Pressure*) que aplica dois níveis de pressão positiva. Um nível inspiratório (IPAP) e um nível no final da expiração (EPAP). Previne a reinalação de dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>), permite o recrutamento alveolar, diminui o esforço inspiratório em doentes com auto-PEEP e permite a estabilização das vias aéreas durante o sono. (Rodriguez, 2011; Ferreira et al., 2009; Germano, 2008). Um estudo realizado por Monteiro, Berton, Moreira, Menna-Barreto e Teixeira (2012) revelou, ainda, que a aplicação de EPAP reduz a hiperinsuflação dinâmica em doentes com DPOC durante o exercício.

A utilização da VNI tem demonstrado uma influência positiva na prevenção da intubação endotraqueal, na diminuição da incidência de infeção respiratória nosocomial (associada à ventilação invasiva), do tempo de internamento hospitalar e consequentemente, dos gastos em saúde. Diminui a dispneia e melhora os níveis de

oxigénio ( $\text{PaO}_2$ ). Permite que o doente possa comunicar e alimentar-se oralmente e tem efeitos positivos na qualidade do sono (Câmara et al., 2011; Felgueiras, Lohmann, Delerue, Barata, 2006; Fonseca, Nabais, Ramos, Gaspar & Tomé, 2013; Gomes & Sotto-Mayor, 2003; Sansana & Bento, 2013; Tsolaki et al., 2011).

O facto de, poder ser administrada em contexto domiciliário, ainda que sob supervisão dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos das empresas fornecedoras de cuidados respiratórios domiciliários), contribui para o bem-estar psicossocial, melhorando a qualidade de vida (Tsolaki et al., 2011).

No entanto, a VNI apresenta alguns riscos relacionados com o tipo de interface: úlceras por pressão na pirâmide nasal; eritema facial; claustrofobia; obstrução nasal; aspiração de vómito e incapacidade de expelir secreções. Podem ocorrer, igualmente, otalgia; irritação ocular; congestão nasal; secura nasal e oral; aerofagia; distensão abdominal e pneumotórax, relacionados com a pressão e o fluxo administrados. Hipercápnia e hipotensão podem verificar-se devido à ineficácia das trocas gasosas e aos efeitos hemodinâmicos da VNI (Nabais, Fonseca, Santos & Silveira, 2013; Rocha & Carneiro, 2009).

A utilização da VNI na DPOC está indicada em doentes que, apesar da optimização da terapêutica e OLD, apresentem degradação do seu estado geral, com hipercápnia diurna elevada, que pode estar associada a hipoventilação noturna e que tenham sido internados mais do que uma vez por insuficiência respiratória aguda (anexo III) (Antoniadis, 2009; Comissão Nacional para os Cuidados Respiratórios Domiciliários [CNCRD], 2011; Felgueiras et al. 2006, Gomes e Sotto-Mayor, 2003).

Clini et al. (2002) concluíram que os doentes com DPOC estável que, em associação à OLD eram submetidos a VNI, apresentavam uma redução da retenção de  $\text{CO}_2$ , da dispneia, do número de hospitalizações e uma melhoria da qualidade de vida.

O uso da VNI é recomendado nas situações de reagudização da DPOC (Brenes, Sesé & Soto, 2011; Ontario Health Technology Advisory Committee [OHTAC], 2012). No entanto, segundo as recomendações da OHTAC (2012) não existe ainda evidência para apoiar a sua eficácia clínica em situações de insuficiência respiratória crónica.



Nos doentes com diagnóstico de Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono associada à DPOC – *Overlap Syndrom* - a utilização de VNI (CPAP) tem impacto na sua sobrevida e redução do internamento hospitalar (GOLD, 2013; Sweeting, 2012).

Em 2009, em Portugal encontravam-se sob ventilação domiciliária com CPAP ou BiPAP 123.500 doentes (ONDR, 2013).

Windisch (2008) conclui no seu estudo que a implementação da VNI em meio hospitalar de forma cuidada e o seguimento dos doentes, em contexto domiciliário, contribui para a melhoria da qualidade de vida e da condição de saúde em geral.

O impacto da VNI na melhoria do estado de saúde dos doentes está grandemente relacionado com a tolerância, colaboração e adesão do doente (Rahal, Garrido & Cruz Jr, 2005). No entanto, fatores relacionados com a dificuldade em adaptação aos interfaces, com o manuseamento do equipamento e com condições socioeconómicas desfavoráveis, parecem conduzir a um défice na adesão ao tratamento (Correia, Freitas, Pereira & Santos, 2013; Machado, 2009: World Health Organization [WHO], 2003).

Budweiser et al. (2007) verificaram que uma maior taxa de sobrevivência está associada a altas taxas de adesão à VNI.

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), a adesão terapêutica é “uma ação auto-iniciada para a promoção de bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos” (Conselho Internacional de Enfermagem [CIE], 2011, p.38). O CIE (2009, p.9) nomeia, como atividades de adesão:

“(…) tomar os medicamentos de forma apropriada; marcar consultas de cuidados de saúde e comparecer às mesmas; fazer mudanças no estilo de vida, incluindo na dieta, exercício, cessação do tabagismo e gestão do *stress*, auto-gestão de outros comportamentos que melhoram a saúde e os resultados dos cuidados”.

É necessário que o doente cumpra pelo menos 80% das prescrições de medicamentos ou outros procedimentos, tendo em atenção os horários, doses e tempo de tratamento, para podermos falar de adesão terapêutica (Santos et al, 2010). O relatório da OMS refere que a taxa de adesão dos doentes crónicos ao tratamento, é de 50% nos países desenvolvidos (WHO, 2003).

Restrepo et al (2008) referem que só 40-60% dos doentes com DPOC

aderem ao regime terapêutico prescrito. A adesão destes doentes à VNI não é exceção, e apesar de não terem sido encontrados estudos que refiram qual a percentagem, alguns autores referem que a adesão é baixa (Correia et al, 2013; Criner, Brennan, Travaline e Kreinner, 1999).

A fraca adesão ao tratamento é preocupante, pois acarreta consequências nefastas: aumenta a morbilidade; desperdiça os recursos de saúde, aumentando os seus custos (os custos elevados desta terapêutica são cobrados pelas empresas prestadoras de cuidados respiratórios domiciliários, mesmo que o doente dela não beneficie); diminui os resultados em saúde; aumenta o risco de mortalidade e reduz a qualidade de vida dos doentes e família.

A adesão ao tratamento implica compromisso da parte do doente. Este deve compreender bem a sua doença, a importância do tratamento e as potenciais repercussões da não adesão ao mesmo.

Intervenções comportamentais e educativas que permitam identificar e corrigir as dificuldades de adesão, que previnam e tratem, atempadamente, as eventuais complicações e criem um ambiente de confiança; diminuem a ansiedade e promovem a autonomia do doente para a tomada de decisão (CIE, 2009; Correia et al, 2013; Pertab, 2009; Silva & Pachito, 2006).

Intervenções de educação terapêutica devem estar presentes nos diferentes níveis e contextos de cuidados. Todo o processo deve ser “interativo, prático, com objetivos fáceis de cumprir e adaptado às competências intelectuais e sociais da pessoa, devendo incluir noções elementares sobre DPOC e aspetos específicos do programa de reabilitação respiratória” (Magalhães, 2009, p. 31).

O suporte emocional permite à pessoa expressar os seus sentimentos, crenças, experiências, medos e dúvidas face à doença e ao regime terapêutico, tornando-se, igualmente, uma estratégia importante para o autocontrolo da sua situação de saúde (Franco, Branco, Conceição, Oliveira & Azevedo, 2007).

O enfermeiro deve ser um elemento facilitador deste processo de adesão, prestando informação e apoio (Henriques, 2011), estando o sucesso das suas intervenções dependente da sua formação, experiência e treino com base em evidência científica.

A relação enfermeiro-doente assume-se como um recurso valioso para

potenciar as capacidades deste último (Franco et al., 2007). O EEER desempenha um papel importante no suporte e acompanhamento dos doentes com DPOC, família e comunidade, promovendo a sua cooperação e motivação para a adesão à VNI (CIE, 2009; Pertab, 2009).

Com base nestes pressupostos surgiu o tema a desenvolver ao longo do estágio: **A Pessoa com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica submetida a Ventilação Não Invasiva: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação Promotoras da Adesão ao Regime Terapêutico.**

O EEER tem competências científicas, técnicas e humanas que lhe permitem elaborar “planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade” (OE, 2010a, p.3).

No processo de desenvolvimento de competências específicas de EEER projetei as minhas intervenções à luz da Teoria Geral de Enfermagem<sup>iii</sup> de Dorothea Orem.

Esta enfermeira definiu 3 grupos de necessidades de autocuidado do indivíduo: os requisitos universais, os de desenvolvimento e os de desvio de saúde<sup>iv</sup>.

A adesão terapêutica é considerada um requisito de autocuidado no desvio de saúde, que é necessário satisfazer, para que a pessoa possa estar em condições de promover o seu autocuidado, no sentido da manutenção da vida, saúde e bem-estar.

Quando o indivíduo não é capaz de cumprir este requisito, é identificado um défice de autocuidado, necessitando de outros para suprir as suas necessidades a este nível.

Muitas vezes, o cuidador informal (familiar, vizinho, pessoa significativa) assume o papel de agente de autocuidado, sendo necessário capacitá-lo para tal. Menoita (2012, p. 37) reforça que “é necessário estabelecer uma parceria com a família, estabelecendo-se um contrato, baseada numa relação de confiança com

---

<sup>iii</sup> A Teoria Geral de Enfermagem de Orem (2001) é constituída pela Teoria do Autocuidado, pela Teoria do Déficit de Autocuidado e pela Teoria dos Sistemas de Enfermagem. O autocuidado engloba todas as atividades que um indivíduo (o agente de autocuidado) realiza em favor de si mesmo, no sentido de manter a vida, a saúde e o bem-estar. A capacidade para o autocuidado é influenciada por aspetos cognitivos, físicos, psicossociais, demográficos e socioculturais e traduzida em comportamentos de autocuidado.

<sup>iv</sup> Os requisitos de desvio de saúde consistem na procura de assistência médica; consciencialização dos sinais e sintomas da situação patológica; execução das medidas diagnósticas, terapêuticas e de reabilitação recomendadas; consciencialização dos possíveis efeitos adversos dessas medidas; modificação do autoconceito e autoimagem e aceitação do seu novo estado de saúde (Orem, 2001).

esta, de modo a obter o seu empenho e participação nos cuidados”.

O enfermeiro ao identificar um défice na adesão terapêutica, deve adequar a intervenção de modo a minimizar os seus efeitos. Orem (2001) define cinco métodos de intervenção de enfermagem: agir ou fazer pelo outro; guiar e orientar; ensinar; proporcionar apoio físico e psicológico e manter um ambiente de apoio ao seu desenvolvimento.

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Orem determina o modo como o enfermeiro e o doente dão resposta às necessidades de autocuidado, sistematizando os cuidados de enfermagem em três sistemas (Sistema Totalmente Compensatório <sup>v</sup>, Sistema Parcialmente Compensatório <sup>vi</sup> e Sistema Apoio-Educação <sup>vii</sup>).

A eficácia da gestão do regime terapêutico implica que o doente possua competências cognitivas e instrumentais que permitam o alcance de mestria e o desenvolvimento de uma identidade fluída e integrada, aceitando a sua nova condição (Meleis, 2010).

Tendo por base os pressupostos apresentados, os objetivos gerais que procurei alcançar durante o estágio de 18 semanas foram os seguintes:

- *Desenvolver competências do EEER ao nível científico, humano e técnico na assistência diferenciada a doentes com DPOC submetidos a VNI e seus cuidadores, na maximização da sua saúde, promovendo a adesão ao regime terapêutico;*
- *Desenvolver competências do EEER ao nível científico, humano e técnico na assistência diferenciada a pessoas com alteração sensório-motora, de eliminação e da sexualidade e seus cuidadores, na maximização da sua saúde, desenvolvendo a sua capacidade de autocuidado.*

Direcionado para a concretização do primeiro objetivo, o estágio foi estruturado da seguinte maneira: 8 semanas na unidade de insuficiência respiratória (UIR) de um hospital de Lisboa e 4 semanas no hospital de dia pneumológico (HDP) do mesmo hospital.

---

<sup>v</sup> O Sistema Totalmente Compensatório<sup>v</sup> deriva das situações em que o indivíduo não consegue envolver-se no autocuidado, porque não tem capacidade cognitiva ou física para o fazer.

<sup>vi</sup> O Sistema Parcialmente Compensatório diz respeito às situações em que o enfermeiro apenas realiza as ações de autocuidado que o indivíduo não consegue executar.

<sup>vii</sup> O Sistema Apoio-Educação surge quando o indivíduo é capaz de executar as medidas de autocuidado ou pode aprender a fazê-las.

A UIR, constituída por unidade de cuidados intermédios e enfermaria, onde o investimento na área da VNI tem sido grande, perspectivava-se ser um campo rico em experiência. No entanto, o número reduzido de doentes com DPOC submetidos a VNI, internados durante o período de estágio, trouxe alguns constrangimentos à concretização dos objetivos propostos. Constrangimentos esses que foram ultrapassados durante o estágio no HDP, onde a componente de ensino e o investimento na promoção da adesão terapêutica, revelaram-se uma mais valia no desenvolvimento das competências de EEER.

As últimas 6 semanas de estágio, mais focalizadas no alcance do segundo objetivo, foram destinadas ao serviço de medicina física e reabilitação (SMFR) de um outro centro hospitalar de Lisboa. O desenvolvimento do potencial do indivíduo é o objetivo máximo das intervenções de enfermagem neste serviço, tendo em vista a promoção de capacidades e autonomia necessárias ao seu autocuidado e à realização das AVD.

Este relatório encontra-se organizado em duas partes. Na primeira tenciono, especificamente, dar resposta à temática base do meu projeto de estágio, procurando descrever as intervenções de EEER promotoras da adesão terapêutica do doente DPOC à VNI. Na segunda parte é feita, igualmente, a descrição das atividades implementadas e desenvolvidas que pretenderam dar resposta aos requisitos de autocuidado em défice, no sentido de demonstrar o desenvolvimento das competências de EEER, nas áreas da reabilitação respiratória, em geral, e reabilitação sensório-motora e de eliminação.

Durante o período de estágio foram elaborados jornais de aprendizagem, tendo por base o ciclo reflexivo de Gibbs, assim como planos de cuidados de enfermagem de reabilitação que pretenderam ser uma mais valia para a prestação de cuidados e para a reflexão sobre a prática. Relativamente aos jornais de aprendizagem, alguns excertos serão incluídos neste relatório, quando oportuno, e outros constarão no índice de apêndices. Em relação aos planos de cuidados apenas apresento, também em apêndice, aquele que, segundo a avaliação da professora orientadora, responde melhor aos objetivos propostos.

A elaboração formal deste relatório teve por base a 6ª edição do Manual de Publicação da American Psychology Association (APA).

## **Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação Promotoras da Adesão do Doente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica à Ventilação Não Invasiva**

No presente capítulo procurei refletir sobre quais os fatores que influenciam a adesão à VNI e quais as intervenções que o EEER pode realizar para, ao otimizar a eficácia e diminuir o risco de complicações e efeitos adversos, aumentar os níveis de adesão e tolerância à mesma.

As atividades descritas enquadram-se no estágio de 12 semanas realizado na UIR e no HDP, no entanto, devido aos motivos anteriormente apresentados, a sua grande maioria reporta-se aos subsídios que pude retirar da prestação de cuidados no HDP, nas sessões de hospital de dia, sala de ventilação eletiva (SVE) e visita domiciliária (VD).

Como já referi, a minha experiência profissional numa UCIN tem proporcionado o contacto com a VNI, contudo, apesar dos princípios a ter em conta serem semelhantes, a prestação de cuidados a indivíduos adultos, com outro tipo de patologias, exigiu um aprofundamento de conhecimentos teórico-práticos, para o desenvolvimento de competências de EEER e para a promoção da adesão a este regime terapêutico.

Tive a oportunidade de, em Junho de 2013, participar numa ação de formação realizada por enfermeiros da UIR sobre a temática da VNI, que trouxe contributos importantes não só para a elaboração do projeto de formação mas também para a prestação de cuidados durante o estágio.

Igualmente, a pesquisa de literatura científica permitiu-me **basear a praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento** contribuindo, desta forma, para a **melhoria da qualidade da prática de cuidados de enfermagem de reabilitação**, um dos domínios de competências comuns dos enfermeiros especialistas preconizados pela OE (2010b).

Magano, Reis, Guedes, Brito e Mourisco (2007) referem que os doentes submetidos a VNI exigem cuidados de enfermagem globais, complexos, específicos

e adaptados à sua situação real, que devem ter em conta não só a patologia mas o suporte ventilatório propriamente dito. Deste modo, o seu acompanhamento deve ser efetuado por profissionais de saúde treinados e peritos nesta área (British Thoracic Society [BTS], 2008).

É o nível elevado de conhecimentos e experiência que permite, ao enfermeiro especialista, a tomada de decisão na prática profissional relativa “à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa” (OE, 2010a, p.1).

Os profissionais de saúde devem estar atentos aos avanços tecnológicos que vão ocorrendo nesta área, de modo a possibilitar o acesso destes doentes à melhor evidência disponível. Deste modo, o treino e a formação contínua são imperiosos.

Segundo Gonçalves (2011), os cuidados de enfermagem aos doentes submetidos à VNI são um desafio para toda equipa, pois exigem constante adaptação e ajuste, tendo em conta a individualidade do doente e a sua evolução clínica.

O EEER deve atuar nas diferentes fases desta terapêutica, desde a sua implementação, à fase de monitorização da tolerância e eficácia da mesma.

Ao longo do período de estágio não tive a oportunidade de atuar no processo de implementação propriamente dito, contudo, pude acompanhar alguns doentes numa fase muito inicial da instituição desta terapêutica, em especial na SVE e na VD, onde a monitorização da adesão e tolerância é imprescindível.

Um dos pontos-chave para o sucesso da VNI é a promoção da colaboração do doente. Uma colaboração ativa vai reduzir a sensação de medo e promover a confiança no tratamento. Quanto mais rápida for a adaptação ao tratamento, maiores são as hipóteses de adesão ao mesmo (Drummond & Sampaio, 2012).

Para que isto aconteça o EEER deve explicar ao doente o procedimento de forma clara, objetiva, simples mas completa e adequada à sua capacidade de compreensão. Competências comunicacionais e relacionais são essenciais para o sucesso do tratamento e para obter o consentimento do doente para o mesmo (Dias et al., 2011).

Morais & Queirós (2013) referem que os enfermeiros devem valorizar os significados e crenças que os doentes e cuidadores têm acerca da doença e

tratamento, de modo a promoverem a adesão terapêutica, devendo ter em conta que, muitas vezes, é preciso negociar o regime terapêutico.

Esta negociação pressupõe uma parceria com o cliente, baseada no respeito pela sua liberdade de decisão, como preconiza o Código Deontológico dos enfermeiros no seu artigo nº 78 – “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana...” (OE, 2009a, s/ p.). Assim, o EEER demonstra, segundo o regulamento das competências comuns do EE, competências ao nível da **responsabilidade profissional, ética e legal** (OE, 2010b).

O respeito pela autonomia da pessoa no processo de reabilitação contribui para a satisfação dos clientes, um dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação (OE, 2011).

O sentimento de autoeficácia<sup>VIII</sup> é preditivo do sucesso da adesão terapêutica. O sentir que tem o comando do seu ser e da sua situação de saúde/doença, vai levar o doente a adotar comportamentos positivos e a comprometer-se no sentido da promoção e manutenção da sua saúde (Drummond & Sampaio, 2012; Magalhães, 2009).

O doente com DPOC, que se depara com a necessidade de VNI, vivencia, de acordo com a teoria de médio alcance de Afaf Meleis (2010), um processo de transição, devido ao agravamento da doença e à degradação da sua condição de saúde. A VNI torna-se, então, um fator de desequilíbrio do doente face ao meio que o rodeia.

A alteração de papéis sociais e familiares associada ao aumento do grau de dependência de terceiros e por vezes ao desemprego, por incapacidade, são outros tipos de transição vivenciados, em simultâneo, pelo doente.

O EEER deve compreender a dimensão global dos fatores que interferem no processo para melhor ajudá-los a vivenciar a transição de forma saudável. Deve, por isso, criar um ambiente promotor da expressão de sentimentos e opiniões, de modo a compreender os medos, crenças, expectativas e dificuldades e o nível de

---

<sup>VIII</sup> O conceito de autoeficácia é definido por Albert Bandura (1997) citado por Petronilho (2013, p. 138) como uma “crença do ser humano na sua própria capacidade de executar uma tarefa específica, onde se torna fundamental ser capaz de mobilizar a motivação, os recursos cognitivos e de ação, essenciais ao confronto e satisfação das exigências específicas duma determinada situação considerada desafiadora”.



preparação dos indivíduos (Meleis, 2010; Orem 2001).

A família e o cuidador informal desempenham um papel significativo no processo de implementação da VNI, por isso o enfermeiro “assume o dever de dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade” (OE, 2009a, art 89, s/ p.). A discussão do processo de reabilitação com o cliente e pessoas significativas contribui, igualmente, para a sua satisfação (OE, 2011).

É importante ter em linha de conta que o cuidador pode, como anteriormente referido, em determinadas situações ser, ele próprio, o agente de autocuidado, pelo que o EEER deve conhecer as suas capacidades, conhecimentos e motivação para ajudar o doente na adaptação e adesão à VNI (Morais & Queirós, 2013).

Durante o estágio na UIR e no HDP, pude constatar que, apesar do suporte familiar ser bastante importante para estes doentes, a maior parte dos indivíduos, a quem prestei cuidados, eram o seu próprio agente de autocuidado, no âmbito da administração da VNI.

No entanto, relativamente à UIR, uma vez que os doentes estavam em situação de instabilidade clínica, eram os profissionais que, de acordo com a nomenclatura dos métodos de intervenção de enfermagem de Orem (2001), agiam ou faziam pelo doente, recorrendo ao sistema totalmente compensatório.

Em sede de HDP, a maior parte dos doentes que frequentavam a consulta da SVE, faziam-no sozinhos, uma vez que, aparentemente, eram capazes de satisfazer as necessidades de autocuidado em termos de adesão terapêutica, necessitando o enfermeiro de recorrer apenas ao sistema apoio-educação. No entanto, quando se verificava alguma situação de maior fragilidade, em que o doente apresentava maior dificuldade na administração da VNI ou níveis de adesão inferiores aos desejados, era referenciado para a VD.

Em contexto domiciliário o enfermeiro avaliava as capacidades e dificuldades reais do doente/cuidador, adequando as suas intervenções ao seu nível de dependência. Muitas vezes apenas precisava de recorrer ao sistema apoio-educação, noutras situações aplicava o sistema de enfermagem parcialmente compensatório para compensar as necessidades que o doente não conseguia, por si só, satisfazer.

Cunha e Marques (2011, p. 471) afirmam que “a educação do doente a realizar ventiloterapia domiciliária e dos seus familiares, deverá ser encarada como uma atuação prioritária tendo como principal objetivo potenciar o doente para a máxima capacidade funcional possível, permitindo melhorar a sua qualidade de vida”. Morais e Queirós (2013, p.14) mencionam ainda, que a família e o cuidador informal “atribuem ao enfermeiro funções/intervenções importantes, tanto no domínio do informar, destacando as ações relacionadas com o ensino, instrução e treino, como no âmbito da adaptação à máscara e ventilador”.

Ao prestar informação, o EEER deve ter em conta o grau de literacia em saúde <sup>IX</sup>. Esta capacidade permite ao doente tomar decisões de saúde fundamentadas, possibilitando o aumento do controlo das pessoas sobre a sua saúde e a capacidade para procurar informação e para assumir responsabilidades.

Um nível de literacia em saúde deficitário implica uma dificuldade em compreender a informação fornecida, o que leva a mal entendidos e a uma não adesão do regime terapêutico, conduzindo a um pobre controlo da doença e ao aumento dos custos em saúde.

O grande objetivo é tornar os utentes o mais autónomos possível, quer na tomada de decisão sobre a sua saúde, quer no autocuidado e assim obter ganhos em saúde e diminuição das despesas.

Para isto, é necessário que, os profissionais de saúde, possuam uma boa capacidade de comunicação e adotem estratégias adequadas para que os doentes utilizem, de uma maneira eficaz, eficiente e sem desperdícios, os recursos colocados à sua disposição.

Padilha, Sousa e Pereira (2012) realizaram um estudo com o objetivo de identificar os tipos de suportes tecnológicos e conteúdos informáticos utilizados na promoção da gestão do regime terapêutico em doentes com DPOC. Os recursos tecnológicos em análise foram as SMS (short message service), a internet, o e-mail e o telemóvel do enfermeiro, tendo sido comparados dois grupos de doentes. Um incluía indivíduos pertencentes a uma associação de doentes com DPOC (mais novos e com maior literacia) e outro, doentes que recorriam à consulta hospitalar.

---

<sup>IX</sup> A OMS define literacia em saúde como o conjunto de competências cognitivas e sociais e como a capacidade dos indivíduos para compreenderem e usarem a informação de forma a promoverem e manterem uma boa saúde (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge [INSA], 2013).

O ponto de partida foi o facto de que a informoterapia<sup>x</sup> pode ser facilitadora do processo de gestão da doença. Para isso é importante ter-se em linha de conta a literacia e literacia tecnológica da população alvo, bem como as suas necessidades de informação e nível de acessibilidade à tecnologia.

O estudo revelou que a população mais jovem e com maior formação académica utilizava mais a internet como fonte de informação geral, mas também de conteúdos de saúde. Os doentes da consulta deram preferência ao acesso à informação através do telemóvel do enfermeiro, livros e vídeos. Os doentes idosos, com menor escolaridade, apresentaram menor literacia tecnológica e menor acesso a recursos tecnológicos, no entanto, reconhecem que a família os podia auxiliar na utilização desses recursos.

A reflexão sobre a prática levou-me a destacar a importância dos profissionais levarem em linha de conta o grau de literacia dos doentes a quem prestam cuidados, de modo a adequar as melhores estratégias de comunicação e fontes de informação, na promoção de uma melhor gestão da doença.

As estratégias implementadas pelo EEER vão depender, em grande medida, do contexto específico da sua atuação.

Pude constatar na UIR que, em casos de agudização da doença e consequente internamento e instabilidade clínica, a adesão à VNI é superior do que na fase de estabilização. A consciência de que necessitam deste suporte ventilatório para sobreviver impera, por isso, apesar do desconforto que possam sentir, normalmente, os doentes executam a terapêutica prescrita. O peso de se encontrarem institucionalizados e mais dependentes dos profissionais de saúde, leva-os, também, a cumprir melhor “as regras”. Porém, algumas vezes em contexto domiciliar, isto já não é uma realidade, quando os efeitos secundários incomodativos parecem sobrepor-se aos benefícios que, eventualmente, possam sentir no dia-a-dia.

Dunbar-Jacob e Mortimer-Stephens (2001) corroboram esta ideia ao referirem que a adesão ao regime terapêutico prescrito é de 100%, em contexto hospitalar, mas que muitos doentes deixam de o seguir quando regressam a casa. Este facto pode estar relacionado à ideia errónea de que, como se sentem melhores já não

---

<sup>x</sup> A informoterapia implica “informação certa, para a pessoa certa, na hora certa” (Padilha, Sousa e Pereira, 2012 citando Mettler & Kemper, 2006).

necessitam da terapêutica; por outro lado, o uso incorreto do regime terapêutico instituído pode provocar quer a diminuição dos seus efeitos benéficos, quer efeitos indesejáveis, o que às vezes implica um posterior abandono do mesmo.

De acordo com a literatura científica sobre esta temática, existem vários fatores que influenciam o processo de adesão à VNI.

Inicialmente elaborei uma check-list (apêndice II) com estes fatores e posteriormente pude compará-la com a informação fornecida pelos doentes, aquando da prestação de cuidados, e desta forma **conceber planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processo de transição saúde/doença e ou incapacidade** (OE, 2010a).

Falta de esclarecimento e supervisão; má adaptação ao interface e ao ventilador; administração incorreta do tratamento (nº de horas e parâmetros inapropriados); dificuldade no manuseamento, limpeza e manutenção do equipamento; complicações inerentes à VNI; alterações do padrão de sono e repouso; sensação de depressão e cansaço; insatisfação com os resultados obtidos e insuficiente motivação para a adesão; dificuldades sócio-familiares como as condições habitacionais, a inexistência de apoio familiar, o difícil acesso aos cuidados de saúde e apoio insuficiente por parte das empresas fornecedoras dos equipamentos, são apontados com alguns dos entraves à adesão dos doentes à VNI (Morais, 2003; Correia et al, 2013).

Para **Morais e Queirós (2013, p.13)**

“O regime terapêutico (...) é seguido ou não com base numa avaliação [que os doentes e familiares cuidadores] fazem sobre dificuldades e benefícios da sua implementação. As principais dificuldades são o desconforto causado pela máscara, os ruídos de ventilador, a falta de conhecimento e a intolerância à máscara e ao ventilador”.

Durante o período de estágio, tive a oportunidade de contactar com o diferente tipo de material necessário à administração de VNI (ventiladores, interfaces e circuitos).

Ao conhecer as diferentes opções, indicações específicas e modo de funcionamento de cada uma, pude, enquanto futura EEER, assegurar uma correta seleção, montagem, manutenção e limpeza dos dispositivos e ensinar o doente, cuidadores informais e formais a fazê-lo. Magano et al. (2007) mencionam que cerca

de 50% do insucesso da VNI seja devido à sua má utilização.

Para que tal não aconteça é importante o ensino sobre a montagem do circuito devendo ter-se em linha de conta a necessidade de uma válvula expiratória caso a máscara facial não possua já uma incorporada. Esta válvula previne a reinalação de CO<sub>2</sub>. É necessário ainda verificar a entrada de O<sub>2</sub> e o funcionamento da válvula antiasfixia.

É necessário que o enfermeiro monitorize as condições de todo o equipamento para detetar precocemente locais de desgaste e possíveis fugas que coloquem em causa a eficácia do tratamento.

Os equipamentos devem ser limpos de acordo com as indicações dos fabricantes e com as diretrizes da comissão de controlo de infeção (BTS, 2008). A correta limpeza, frequente e com os produtos adequados, evita a degradação do material e diminui o risco da ocorrência de infeções respiratórias.

Muitas vezes a limpeza do material fica ao cuidado do familiar ou cuidador formal pelo que estes devem ser igualmente ensinados. Nas sessões de HDP tive a oportunidade de prestar essa informação, inclusive a uma colega de uma unidade de cuidados continuados de longa duração, onde estava internada uma doente com esclerose lateral amiotrófica (ELA), e cujo equipamento não se encontrava nas melhores condições.

Esta monitorização deve ser frequente e a repetição da informação, sobre estes e outros assuntos, é uma das estratégias que deve ser usada para a melhoria da adesão terapêutica.

Para Ferreira et al. (2009) a escolha do interface é um aspecto crucial para o sucesso da VNI. Rodriguez (2010) refere que 10-15% dos indivíduos não consegue tolerar a VNI devido a problemas associados com o interface, sendo necessário que os profissionais estejam preparados para dar resposta às dificuldades sentidas.

Em conjunto com os orientadores de estágio e junto dos doentes, pude selecionar os interfaces mais adequados, não só à condição clínica do doente mas que pudessem, igualmente, proporcionar maior conforto e prevenir problemas relacionados com fugas e claustrofobia, úlceras por pressão, entre outros.

A aplicação do interface (máscara facial, facial total ou nasal) deve ser feita gradualmente, de modo a promover a adaptação do doente e maior sensação de

segurança e controlo. Gonçalves (2011) sugere que, se no início da administração da VNI o enfermeiro não fixar de imediato o interface ao arnês (segurando-o apenas com a sua mão), irá promover a capacidade de adaptação, sincronia e tolerância do doente, dando-lhe tempo para se ambientar, evitando a sensação de claustrofobia e ansiedade, pois o doente sabe que a qualquer momento o interface pode ser retirado.

A máscara deve ser do tamanho, o mais adequado possível ao doente, o que nem sempre é fácil devido à distintas fisionomias de cada pessoa. Deve estar bem ajustada de modo a evitar fugas, no entanto, é necessário evitar a tensão excessiva do arnês, devendo conseguir-se passar 1-2 dedos entre o arnês e a pele (Cortés & Gómez, 2008).

Níveis de fuga elevados ou má adaptação da máscara à face podem provocar irritação ocular pelo que a aplicação de lágrimas artificiais ajudam a reduzir o desconforto que muitas vezes os doentes referem (Gonçalves, 2011).

O excesso de pressão da máscara contra a face pode reduzir a perfusão capilar e conduzir ao aparecimento de úlceras por pressão, sendo esta uma complicação recorrente da VNI.

A prevenção do aparecimento destas lesões pode definir o sucesso da terapêutica. A limpeza e hidratação da pele, não só através da aplicação de creme hidratante mas de uma ingestão adequada de água, contribui para reduzir estas complicações. O EEER deve, ainda, ensinar o doente a alternar os pontos de pressão do interface durante o período de administração da VNI.

Existem opiniões diversas sobre o uso de pensos protetores da pele para prevenir possíveis lesões cutâneas.

Gonçalves (2011) refere, que pela sua experiência prática, a aplicação de pensos hidrocolóides e de poliuretano nas zonas de maior risco, tem-se revelado uma grande ajuda para uma melhor adaptação à VNI, limitando as fugas e lesões cutâneas. Cortés e Gómez (2008) referem que essa proteção deve ser aplicada nos pontos de maior pressão (pirâmide nasal, testa) desde a primeira aplicação da VNI.

De acordo com a minha experiência com RN submetidos a VNI, o uso de placas hidrocolóides tem-se mostrado, igualmente, benéfico na prevenção de lesões cutâneas.

No entanto, durante a ação de formação a que assisti na UIR sobre VNI, a experiência dos profissionais daquela unidade, revela que a utilização destes mesmos materiais, de forma preventiva, pode ser mesmo prejudicial, uma vez que impede a visualização direta da pele e das suas características, ao longo do tratamento. Estes profissionais defendem apenas a sua utilização com fins curativos.

O EEER **avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades** (OE, 2010a), assim aquando a implementação da VNI, o EEER deve proceder a uma avaliação inicial minuciosa do estado do doente para poder concluir sobre os efeitos da VNI na sua condição. O estado de consciência, parâmetros cardiorrespiratórios, sintomas de dificuldade respiratória, estado psicológico, nutricional, motivacional e apoio familiar são alguns dos aspectos a ter em consideração (Sansana & Bento, 2013).

O EEER **implementa as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar e/ou reeducar as funções aos níveis (...) cardio-respiratório** (OE, 2010a), assim os doentes devem ser ensinados a adotar posições de relaxamento aquando da adaptação da máscara.

O ensino sobre como controlar a respiração através da dissociação dos tempos respiratórios, contribui para uma melhor coordenação entre o doente e o ventilador, reduzindo o medo e a ansiedade e diminuindo o trabalho respiratório (Sousa & Duque, 2012).

É importante que o doente respire pelo nariz, mantendo a boca fechada, especialmente, se usa a máscara nasal. Esse cuidado evita fugas indesejáveis e a secura da mucosa oral. Por vezes, isso torna-se mais difícil no período noturno, enquanto dormem. Neste caso, devem ser fornecidos dispositivos que favoreçam o encerramento da mandíbula. Pude observar, em contexto domiciliário, que alguns doentes também não aderem ao uso destes dispositivos, pois referem que o mesmo aumenta sensação de opressão e desconforto, no entanto é necessário reforçar o ensino sobre a sua importância.

O EEER deve também ensinar e realizar exercícios de reeducação abdominodiafragmática e de reeducação costal seletiva e global, dando ênfase à fase expiratória. Um plano de exercícios pode ser realizado com e sem VNI.

Um dos fatores que potencia a tolerância do doente e aumenta a taxa de

sucesso da VNI (Carneiro, Esteves & Conde, 2011) é a humidificação do fluxo de gás administrado ao doente.

A secura das vias aéreas provocada pela administração de um fluxo contínuo de ar, não humidificado, nem aquecido, aumenta a resistência das vias aéreas e aumenta a resposta inflamatória levando a um aumento do trabalho respiratório e da dispneia. A humidificação e aquecimento do ar minimizam estes fatores e contribuem igualmente para a melhoria da clearance das secreções brônquicas. No entanto, ainda não existe pleno consenso sobre a sua utilização (Carneiro, Esteves & Conde, 2011; Cortés & Gómez, 2008, Rodriguez et al., 2012).

Durante o ensino clínico na UIR, os poucos doentes submetidos a VNI, a quem prestei cuidados, não tinham humidificação do circuito. Na SVE pude contactar com alguns doentes a quem, após terem referido secura excessiva das vias aéreas, dificuldade em expectorar, entre outra sintomatologia, lhes foi instituída humidificação.

O EEER deve informar o doente e cuidadores sobre os benefícios e cuidados a ter com a utilização da humidificação. O ventilador deve ficar sempre a um nível inferior ao nível da cabeça, para que no caso de existir condensação de vapor de água, a água formada não entre em contacto com a via aérea do doente. A água destilada do humidificador deve ser mudada todos os dias, e o humidificador deve ficar cheio até à marca designada pelo fabricante (Cortés & Gómez, 2008).

A variabilidade térmica associada às diferentes estações do ano tem de ser tida em conta. No Inverno, em especial, em habitações bastante húmidas, as necessidades de humidificação da VNI diminuem, ao contrário do que acontece no Verão, com o tempo mais seco.

A necessidade ou não de humidificação também está relacionada com o número de horas diárias prescritas de VNI.

A instilação de soro fisiológico nas narinas pode contribuir para a melhoria da secura da mucosa. Novamente, é necessário o reforço do ensino sobre uma ingestão hídrica adequada, que contribui para a fluidificação das secreções.

A presença e acumulação de secreções é outra potencial complicação da VNI. Em especial, no doente com DPOC, ou com outro tipo de patologia de base que origine o aumento de secreções ou a dificuldade em eliminá-las, isto é uma



realidade. Alterações do estado de consciência, que por vezes surgem nos doentes com DPOC, podem ser outras das causas da dificuldade na drenagem de secreções. (Nabais et al, 2013).

A manutenção da permeabilidade das vias aéreas é crucial no sucesso da VNI. O EEER deve recorrer a técnicas de RFR para promoção da limpeza das vias aéreas – tosse dirigida e assistida, técnica de expiração forçada e ciclo ativo das técnicas respiratórias e drenagem postural (Sousa & Duque, 2012). O ensino destas técnicas deve ser adequado à situação clínica do doente e deve implicar também o cuidador na execução das mesmas.

Outros dos aspectos referidos anteriormente como entraves à adesão à VNI é o ruído que a mesma provoca. Atualmente, os ventiladores são mais silenciosos mas mesmo assim alguns doentes referem que esse ruído os impede de dormir e muitas vezes não cumprem as horas de VNI prescritas, por esse motivo.

Muitas vezes é o cônjuge que se queixa do ruído. Durante uma das visitas domiciliárias que fizemos a uma doente submetida a VNI, pudemos ver através do registo do ventilador que ela não cumpria as horas prescritas. Ao questionarmos o porquê, foi o marido que nos respondeu que muitas vezes lhe dizia para parar a VNI porque não conseguia dormir (com o barulho e com o fluxo de ar) e por não ter outra divisão da casa onde pudesse dormir.

A presença de fugas excessivas é o que muitas vezes provoca maior ruído e por isso sugerimos a utilização de uma faixa elástica para o encerramento da boca e diminuição da fuga. Infelizmente não pude acompanhar esta doente noutra visita, mas pela experiência das enfermeiras do HDP, muitas vezes esta solução ajuda na diminuição do ruído e consequentemente melhora a adesão à VNI.

É importante que o cuidador e, muito em especial, o/a companheiro/a seja integrado ativamente em todo o processo de implementação da VNI uma vez que

“ele/a passa por processos de reconhecimento imagético de quem dorme a seu lado, de aceitação do novo equipamento como parte integrante do doente durante o sono e de sua convivência com o “intruso” que faz um ruído monótono e ténue mas que pode ser entendido como intolerável; que emana pressão de ar, ligeira mas capaz de ser inteligível como altamente incómoda” (Drummond & Sampaio, 2012, p. 3).

Para além dos cuidados prestados no sentido da promoção da eficácia e adesão à VNI e da prevenção de potenciais complicações, o EEER intervém

ativamente na monitorização e vigilância do doente, durante a implementação da VNI.

Em situação de internamento por agudização da DPOC é importante monitorizar o nível de consciência do doente, frequência cardíaca, saturação periférica de oxigénio, padrão respiratório, coloração da pele e leitos ungueais, sincronia com o ventilador e conforto do doente (BTS, 2008, Cortés & Gómez, 2008). Assim poderá identificar os primeiros sinais de fadiga muscular, de deterioração neurológica e o aparecimento de complicações.

O EEER deve saber interpretar, igualmente, os resultados das gasimetrias arteriais, realizadas pelo médico assistente, de modo a perceber os reais efeitos que a VNI está a ter na condição do doente e o porquê de uma eventual alteração de parâmetros ventilatórios.

É necessário garantir o correto funcionamento do ventilador e verificar se o padrão respiratório do doente corresponde aos parâmetros estabelecidos.

Cuidados a ter relativamente à prevenção de complicações (úlceras por pressão, infeções nosocomiais, broncoaspiração), são imperativos para o sucesso da VNI. A prevenção de complicações é um dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação (OE, 2011).

O apoio psicológico a estes doentes é de igual importância, de forma a que se sintam o mais calmos possível. Uma atitude de empatia e compreensão, proporcionando métodos alternativos de comunicação e a presença de pessoas significativas, contribui em grande medida para a adesão à VNI (Cortés & Gómez, 2008).

Os registos de todos os parâmetros referidos anteriormente é bastante importante para uma cuidada avaliação da evolução da situação clínica do doente. A comunicação clara e estreita entre todos os elementos da equipa multidisciplinar é necessária.

A preparação para o regresso a casa é de extrema importância. Um estudo realizado por Morais e Queirós (2012) revela que os profissionais de saúde consideram importante a passagem do doente por unidades de assistência ventilatória, em regime de hospital de dia, para o esclarecimento de dúvidas, desmistificação de medos e melhor adaptação à VNI.

Uma análise feita sobre a intervenção de uma equipa multidisciplinar no âmbito da assistência domiciliária a doentes submetidos a VNI revelou que a mesma trouxe resultados benéficos ao nível da adesão terapêutica, tendo-se verificado um aumento do número de horas de utilização registadas pelos contadores dos ventiladores. Além disso, ocorreu uma maior adesão à OLD, melhoria da técnica de utilização da terapêutica inalatória e diminuição no número de internamentos por exacerbações da doença (Zamith & Matias, 2007).

A intervenção da equipa de enfermagem em sede de HDP é de extrema importância para a promoção da adesão à VNI, quer na SVE, quer nas sessões de hospital de dia, quer na VD. Apesar de apenas existir uma EEER no seio da equipa, que assume também as funções de chefia, a maior parte das enfermeiras generalista possuem muitos anos de experiência com estes doentes, demonstrando grande nível de competência técnica, relacional e formativa, que se traduzem numa melhoria dos cuidados a estes indivíduos.

Ainda no serviço de internamento os doentes que necessitem de OLD, VNI ou terapêutica inalatória domiciliária são encaminhados para o HDP, alguns dias antes da alta. É realizada uma visita pela enfermeiras do HDP no sentido de explicar a importância da marcação de uma consulta autónoma de enfermagem onde serão tiradas dúvidas sobre estes e outros assuntos. Nesta consulta é realizado ensino e validação de conhecimentos sobre a doença e terapêutica, tendo em vista a adesão à mesma. Pode acompanhar a enfermeira na visita ao internamento e realizar a consulta de enfermagem.

Em sede de SVE e na VD é de extrema importância a validação, junto do doente, de todo o procedimento realizado em casa.

É necessário, para além da análise da gasimetria arterial, realizada pelo médico assistente, ter em linha de conta os dados obtidos pela oximetrias de pulso noturnas, prescritas periodicamente, e ainda a sintomatologia referida pelo doente (qualidade de sono, presença de edemas, presença de secreções purulentas, secura das mucosas, sinais e sintomas de dificuldade respiratória). É ainda importante avaliar as condições de manutenção do equipamento.

A informação fornecida pelo doente sobre a adesão à terapêutica é confrontada com os dados obtidos pelo ventilador relativamente às horas de VNI

realizadas e comparada com o número de horas prescritas.

No caso dos níveis de adesão estarem aquém do esperado, o EEER, de forma calma e assertiva deve saber, junto do doente, quais os motivos para esta ocorrência e reforçar o ensino quer sobre a importância de uma correta administração da terapêutica, quer sobre os riscos que corre se tal não acontecer.

Para o sucesso da VNI é ainda imprescindível uma comunicação estreita com a empresa fornecedora dos cuidados respiratórios domiciliários. O EEER deve conhecer as condições de fornecimento dos equipamentos de acordo com o subsistema de saúde do doente para assim prestar a informação correta.

Uma das estratégias de promoção da adesão terapêutica é a apresentação, ao doente, de dados que traduzam a evolução (positiva ou negativa) da sua situação clínica, por exemplo, os resultados das oximetrias noturnas, das gasimetrias arteriais, a sintomatologia atual e a ocorrência de exacerbações da doença.

Os benefícios mais valorizados pelos doentes “estão relacionados com a percepção da melhoria da saúde e do bem-estar reflectidos na redução da fadiga, dispneia e cefaleia, no aumento da força, na melhoria do sono e do aspeto físico” (Morais & Queirós, 2013, p.13). Deste modo, pretende-se que os doentes associem a evolução positiva ao facto de cumprirem todas as medidas instituídas.

O último fator de não adesão à VNI, referido neste relatório, é o facto desta poder interferir na realização das AVD, em especial em doentes em que é prescrita por períodos durante o dia. Nesta situação, a gestão adequada do tempo de administração da VNI é necessária.

É importante tranquilizar o doente de que pode realizar a VNI, o número de horas prescritas, sem que isto interfira grandemente no seu quotidiano. O EEER deve aconselhar o doente de que pode intercalar períodos de VNI, em especial, nos períodos de descanso (“sestas”) matutino e vespertino. Ao compreender que pode comer, beber, tomar banho ou realizar atividades do seu interesse, sem a VNI, irá utilizá-la de forma efetiva no tempo adequado.

Em contexto de internamento pode adequar-se a administração de VNI às rotinas do serviço. O horário das visitas deve ser respeitado, se a situação clínica o permitir, e deste modo permitir a comunicação oral com os familiares e amigos. Numa situação de stress como é o internamento, este período é bastante importante

para a recuperação psicológica do doente. Esta gestão exige, contudo, uma correta monitorização do estado de saúde do doente de modo a evitar situações de agravamento.

Durante a realização das atividades descritas procurei ter sempre em mente a necessidade de avaliação das mesmas uma vez que o EEER **avalia os resultados das intervenções implementadas**, utilizando indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação (OE, 2010a).

A adesão terapêutica é um requisito de autocuidado (Orem, 2001) que importa cumprir no doente com DPOC submetido a VNI, sendo um resultado sensível aos cuidados de enfermagem e um padrão de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação (OE, 2011).

Através do anteriormente exposto considero que consegui aprofundar conhecimentos teórico-práticos relacionados com os cuidados prestados pelo EEER à pessoa com DPOC submetida a VNI; avaliar a capacidade para o autocuidado do doente e cuidador; avaliar o nível de adesão ao regime terapêutico da pessoa com DPOC submetida à VNI; identificar os principais fatores de não adesão da pessoa com DPOC à VNI; implementar planos de ação, promotores da adesão terapêutica da pessoa com DPOC, à VNI; prestar cuidados ao nível da reabilitação respiratória, a pessoas com DPOC submetidas a VNI, tendo em vista a promoção do autocuidado e promover a continuidade de cuidados ao doente com DPOC submetido a VNI, após a alta, tendo em vista o autocuidado e a adesão terapêutica.

## **O Processo de Reabilitação Respiratória, Sensório-motora e de Eliminação: uma Complementaridade na Compreensão do Fenómeno de Adesão ao Regime Terapêutico**

Segundo Magalhães (2009, p.29) a enfermagem e o seu processo de cuidados tem como objetivo “promover a independência da pessoa ao nível do autocuidado e atividades de vida diária, melhorar a função, limitar a incapacidade, preservar a autoestima, desenvolver o autocontrolo e a qualidade de vida da pessoa, famílias, grupos e comunidade”.

Neste capítulo pretendo descrever as atividades desenvolvidas por forma a dar resposta aos requisitos de autocuidado em défice, definidos por Orem (2001).

Os aspectos que apresento foram a base para a realização de diversos planos de cuidados de enfermagem de reabilitação ao longo do tempo de estágio e dos quais é exemplo o plano de cuidados apresentado no apêndice III.

Procedi à colheita de dados através da realização de entrevistas aos doentes e cuidadores (quando possível), da consulta dos processos clínicos e meios complementares de diagnóstico e do exame objetivo aos doentes, uma vez que é o primeiro passo para uma avaliação inicial pormenorizada, que tem como objetivos identificar os problemas existentes, formular os diagnósticos de enfermagem de reabilitação e, posteriormente, planear as atividades a desenvolver.

Informações sobre antecedentes de saúde pessoais e familiares, permitiram-me conhecer o doente, a origem da doença e perspectivar a sua evolução. Sintomatologia habitual e a que levou ao internamento; comorbilidades; consumo de substâncias aditivas e outros fatores de risco, foram alguns aspectos importantes.

O conhecimento sobre a situação laboral atual e passada trouxe contributos para a compreensão da doença atual. Existem patologias associadas a determinadas profissões e é, igualmente, importante saber o impacto da doença atual no quotidiano profissional do doente, uma vez que a mesma pode acarretar elevado grau de incapacidade.

Conhecer os hábitos de vida do doente, padrões de repouso e atividade,

padrões de alimentação e eliminação foi de grande importância para poder despistar alguma alteração na satisfação destes requisitos.

O conhecimento sobre as condições económicas e habitacionais dos doentes, revelou-se imprescindível, uma vez que o EEER tem competências para **identificar barreiras arquitectónicas e orientar o doente/cuidador para a eliminação das mesmas, emitindo pareceres técnico-científicos sobre estruturas e equipamentos** (OE, 2010a).

Durante a VD, os doentes que visitei, na sua maioria idosos, viviam em habitações antigas, cuja construção não tinha preocupações com a acessibilidade<sup>XI</sup>/mobilidade. No entanto, pequenas sugestões foram suficientes para melhorar e promover a sua segurança e qualidade de vida. Algumas destas sugestões estiveram relacionadas com a arrumação dos móveis permitindo corredores mais amplos, colocação de tapetes antiderrapantes, colocação de bancos no polibã para tomarem banho sentados, ou sugestões sobre o melhor sítio onde colocar o dispositivo de administração de oxigénio, de modo a prevenir acidentes e promover a deambulação do doente por toda a casa.

No estágio realizado no SMFR, apesar de não ter tido a oportunidade de conhecer a casa dos doentes, a informação sobre as suas condições era essencial para a realização de um plano de adaptação à nova realidade e na prestação de esclarecimentos e sugestões sobre o mesmo.

A existência ou não de uma rede de suporte informal ou formal que apoie o doente na satisfação dos requisitos de autocuidado foi um dos aspectos que tive em atenção durante a recolha de dados, no sentido quer, de integrar ativamente o possível cuidador em todo o processo de reabilitação, quer no encaminhamento do doente para estruturas formais que prestem cuidados, de acordo com as suas necessidades.

Enquanto futura EEER procurei, durante a entrevista, ter em mente o que refere Hesbeen (2003). Segundo este autor, a colheita de dados, por vezes, pode traduzir-se num momento formal, útil apenas para o prestador de cuidados e não para o doente. O EEER não deve, por isso, esquecer que

---

<sup>XI</sup> Acessibilidade é característica do ambiente ou de um objecto que permite a qualquer pessoa estabelecer um relacionamento com esse ambiente ou objecto, e utilizá-los de uma forma amigável, cuidada e segura" (Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência, 2005)

“aquilo que preocupa as pessoas que recebem cuidados não é responder às perguntas que lhe fazem, mas sim ser ouvido, ter a possibilidade de partilhar o seu sofrimento ou o seu medo de sofrer, e ser um pouco familiarizado e um pouco tranquilizado no que respeita ao seu novo ambiente, por vezes, assustador” (Hesbeen, 2003, p.75).

**A promoção da individualidade do outro, do respeito pelos seus valores, costumes e crenças** é uma das competências de enfermeiro especialista (OE, 2010b).

A interpretação dos dados fornecidos pelos meios complementares de diagnóstico auxiliou-me na compreensão do estado clínico do doente.

Pude adquirir maior destreza na interpretação da radiografia do tórax, no entanto, uma vez que os doentes na UIR não realizavam este exame com grande regularidade, tornou-se difícil avaliar, por seu intermédio, os resultados da minha intervenção ao nível da RFR. Nestes casos a auscultação pulmonar revelou-se imprescindível na avaliação quer do estado clínico do doente quer das intervenções de enfermagem de reabilitação.

Tive igualmente acesso ao resultado de tomografias computadorizadas e ressonâncias magnéticas de alguns doentes, no entanto, a este nível ainda se torna difícil a sua total compreensão.

Na UIR pude ter contacto com o resultado das provas de função pulmonar, nomeadamente a espirometria, através da qual pude obter informação sobre a gravidade da limitação do fluxo aéreo como base no valor de VEF<sub>1</sub> (volume expiratório forçado no 1º segundo) pós-broncodilatador e assim classificar os doentes com DPOC, por mim cuidados, de acordo com os critérios da GOLD (2013).

Em sede de HDP, pude recorrer à avaliação do pico de fluxo expiratório (através do peek flow meter) que permite avaliar precocemente o grau de obstrução das vias aéreas e também determinar a capacidade de tosse do indivíduo.

A interpretação dos valores da gasimetria arterial contribuiu para uma avaliação objetiva dos níveis de oxigenação, ventilação e o equilíbrio ácido-base, auxiliando assim a determinação da necessidade de suplemento de O<sub>2</sub> ou de VNI. Também os exames laboratoriais ao sangue, secreções, urina, etc, contribuíram para uma melhor compreensão do estado clínico do doente.

Os dados da oximetria de pulso permitiram-me determinar a necessidade de suplementação de O<sub>2</sub>, assim como, o impacto que as AVD, o exercício e o sono



tinham na saturação de oxigénio. No HDP pude prestar informação aos doentes sobre os objetivos da oximetria noturna, sua importância e cuidados a ter aquando da monitorização no domicílio.

Nas sessões de HDP pude, também, realizar diversas provas de marcha de seis minutos que permitem, através da oximetria de pulso, frequência cardíaca, escala da dispneia e resposta à marcha, aferir os débitos corretos de O<sub>2</sub>, de acordo com o nível de atividade do doente (repouso, esforço e sono).

O exame objetivo aos doentes complementou a informação fornecida pelos dados acima descritos. A observação da pele e mucosas; a inspeção estática e dinâmica do tórax; a palpação do tórax e abdómen; a auscultação do tórax; a avaliação neurológica incluindo o estado mental<sup>XII</sup>, os pares cranianos, a motricidade<sup>XIII</sup>, a sensibilidade<sup>XIV</sup>, o equilíbrio e a marcha, trouxeram subsídios preciosos para a apreciação global das necessidades dos doentes em termos de autocuidado e para o estabelecimento de planos concretos e exequíveis.

Durante o período de estágio tive a oportunidade de recolher informação através de instrumentos de medida para avaliar a funcionalidade a nível cardiorrespiratório, motor, sensorial e cognitivo e o risco potencial de complicações. Kelly-Hayers e Phipps (2011, p.184) destacam que a avaliação funcional “fornece ao enfermeiro uma linguagem universal para comunicar com outros enfermeiros e outros profissionais de saúde, o que é particularmente importante nesta era em que doentes e famílias se movimentam rapidamente entre serviços e prestadores de cuidados”.

Os instrumentos utilizados por mim no decorrer do estágio foram: o Minimal State Examination (MMSE)<sup>XV</sup>, a Medida de Independência Funcional (MIF)<sup>XVI</sup>, o Índice de Barthel<sup>XVII</sup>, a Escala de Lower (avalia a força muscular), a Escala de

---

<sup>XII</sup> A avaliação do estado mental engloba a avaliação do estado de consciência, orientação, atenção, memória, capacidades práticas, linguagem (Menoita, 2012)

<sup>XIII</sup> A avaliação da motricidade engloba a avaliação da força muscular, do tônus muscular e da coordenação motora (simetria, ritmo, alternância e rapidez) (Menoita, 2012).

<sup>XIV</sup> A avaliação da sensibilidade engloba a avaliação da sensibilidade térmica, tátil, dolorosa, postural, vibratória, estereognósica. (Menoita, 2012)

<sup>XV</sup> O MMSE examina a orientação temporal e espacial, a memória de curto prazo e evocação, cálculo, coordenação dos movimentos, habilidade de linguagem e viso-espaciais (Apóstolo, 2012).

<sup>XVI</sup> A MF mede o nível de independência funcional ao nível dos autocuidados (alimentação, higiene pessoal, banho, vestir a metade superior e inferior do corpo, utilização da sanita), do controlo de esfíncteres, da mobilidade, da locomoção da comunicação e a consciência do mundo exterior (DGS, 2011).

<sup>XVII</sup> O Índice de Barthel avalia o nível de indipência do indivíduo para a realização de 10 atividades básicas de vida diária: alimentação, transferências, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, mobilidade, subir e decer escadas, vestir e despir, controlo de esfíncteres intestinal e urinário (DGS, 2011).

Asworth modificada (avalia o grau de espasticidade), Escala de Borg modificada (permite a avaliação subjetiva do grau de dispneia), a escala ASIA<sup>xviii</sup>, a Escala de Braden (avalia o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão) e a Escala de Morse (avalia o risco de queda do doente).

Durante o estágio no SMFR pude, ainda, organizar uma caixa com o material necessário para a avaliação neurológica (frascos de vidro para água quente e fria, martelo de reflexos, lanterna, diapasão, algodão, palitos, frascos com especiarias).

A partir desta avaliação inicial pude reconhecer as principais necessidades dos doentes em termos de autocuidado.

Relativamente ao défice no requisito universal **manutenção de respiração eficaz**, este manifestou-se essencialmente por um padrão respiratório ineficaz, pelo compromisso das trocas gasosas e pela limpeza ineficaz das vias aéreas.

As intervenções realizadas tiveram como objetivos principais reduzir a tensão psíquica e muscular; prevenir e corrigir defeitos ventilatórios; recuperar a mobilidade costal e diafragmática; assegurar a permeabilidade das vias aéreas; corrigir defeitos posturais e reeducar no esforço (Cordeiro e Menoita, 2012).

Normalmente as sessões de RFR eram iniciadas com exercícios de consciencialização e controlo da respiração após posicionar o doente de forma confortável, de modo a promover o seu relaxamento. Muitas vezes solicitava aos doentes que, segundo o relaxamento progressivo de Jacobson, realizassem contrações isométricas, seguidas de relaxamento dos vários grupos musculares (Branco et al., 2012; Cordeiro e Menoita, 2012; Drummond & Sampaio, 2012). Tentava criar um ambiente calmo e tranquilo o que numa unidade de cuidados intermédios nem sempre é fácil.

Os doentes eram incentivados a inspirar pelo nariz e a realizar a expiração com os lábios semicerrados. Grande parte dos doentes apresentava alguma dificuldade inicial na realização deste tipo de respiração, no entanto após algumas repetições e de recorrer a imagens como “cheire uma flor”, “apague uma vela”, conseguiam realizá-la com sucesso.

Exercícios de reeducação diafragmática e costal sem ou com resistência eram realizados de acordo com as necessidades específicas dos doentes.

---

<sup>xviii</sup> A escala ASIA (American Spinal Injury Association – Classificação neurológica standard da lesão medular) permite determinar a extensão da lesão medular.

Nos doentes com DPOC, que apresentam a maior parte das vezes hiperinsuflação, procurava incentivar a reeducação diafragmática dando ênfase à fase expiratória. Gronkiewicz e Coover (2011) referem que a expiração deve ser 2 ou 3 vezes mais prolongada que a inspiração.

Nos casos de patologia restritiva (por ex: pneumonia, doenças neuromusculares, etc) incentivava a inspiração profunda de modo a recrutar o máximo possível de alvéolos (Heitor et al. 1988). No SMFR, recorri ao espirómetro de incentivo, para promover a expansão pulmonar, num doente que apresentava um padrão de ventilação restritivo, resultante de queimaduras de 3º grau em cerca de 60% da superfície corporal, incluindo o tórax.

Nos doentes vítimas de acidente vascular cerebral (AVC), dei especial atenção à reeducação da hemicúpula diafragmática e à reeducação costal seletiva do lado plégico/parético de modo a promover a simetria da expansão pulmonar e a prevenir defeitos ventilatórios.

No SMFR prestei cuidados a um doente com tetraparésia incompleta ASIA C, nível neurológico C7. Pela localização da lesão, a enervação do diafragma e dos músculos acessórios da inspiração encontrava-se mantida, procurei então dar ênfase à reeducação costal, uma vez que a enervação dos músculos intercostais externos se encontrava comprometida, o que poderia originar respiração paradoxal (Branco et al., 2012).

A mobilização da articulação escápulo-umeral foi realizada respeitando o limiar de dor dos doentes e procurei sempre promover uma postura correta (a falta de espelhos nos serviços onde estagiei dificultaram esta tarefa mas usei o reforço verbal e a mesa de apoio como estratégias).

Tendo como objetivo a permeabilidade das vias aéreas pude realizar diversas intervenções junto dos doentes, em especial em sede de UIR. Para além da administração da terapêutica mucolítica prescrita, promovi o reforço da ingestão hídrica, de modo a fluidificar as secreções.

Em associação com a drenagem postural pude realizar manobras acessórias de vibração e compressão de modo a promover o desprendimento e progressão das secreções (Cordeiro & Menoita, 2012; Gronkiewicz & Coover, 2011). Pude recorrer ao Flutter e ao Acapella como dispositivos de ajuda para o descolamento e

mobilização das secreções mais profundas. Cada um destes dispositivos exige uma técnica específica, por isso validava sempre junto do doente a correta execução da mesma.

O ensino da tosse tornou-se imprescindível, uma vez que esta consiste no principal mecanismo de limpeza das vias aéreas, permitindo ao doente expelir as secreções (Cordeiro & Menoita, 2012). Ao realizar o ensino da tosse dirigida ou assistida procurava ter em conta a capacidade e tolerância do doente.

Tive ainda oportunidade de recorrer ao dispositivo de insuflação-exsuflação mecânica (cough assist<sup>®</sup>) em 2 doentes com ELA, em que a capacidade de tossir se encontrava grandemente comprometida. Este dispositivo exige destreza da parte do profissional de modo a não existir descoordenação dispositivo/doente e a não ocorrerem complicações (ex: pneumotórax).

O défice no requisito universal **ingestão adequada de alimentos e líquidos** manifestou-se principalmente em duas áreas distintas. A primeira ao nível da nutrição propriamente dita, apresentando muitos dos doentes excesso de peso, e a segunda ao nível da capacidade para se alimentar.

Foram realizadas intervenções educacionais sobre a importância de uma nutrição e hidratação adequadas às necessidades individuais de cada doente, tendo em conta não só os parâmetros antropométricos mas também o seu estilo de vida e atividade física e as patologias associadas.

Relativamente às dificuldades em se alimentar, estas estiveram presentes em especial nos doentes com AVC e lesão vertebro medular (LVM) e manifestaram-se pela diminuição da preensão e força para segurar nos talheres, para cortar os alimentos e levá-los à boca. Foram sugeridas maneiras diferentes de manipular os talheres e estratégias que podiam adoptar de modo a facilitar este processo, incluindo a utilização de produtos de apoio. Procurei estar sempre presente durante o período das refeições, uma vez que é um período propício para o despiste destas e de outras dificuldades, e também para a promoção da autonomia alimentar.

Apesar de não ter prestado cuidados a doente que sofressem de disfagia, durante a avaliação inicial, tinha em atenção o risco potencial dela estar presente, em especial nos doentes com AVC.

O EEER deve, antes de administrar qualquer tipo de alimento ou água,

observar o estado geral dos dentes e a existência ou não de próteses dentárias; avaliar o controlo da cabeça que o doente tem na posição de sentado; a simetria da face e dos lábios assim com do palato, úvula e língua; a capacidade para fechar firmemente os lábios; alterações do tom de voz bem como a capacidade de tossir (alterações nos V,VII,XI,XII pares cranianos podem originar disfagia) (DGS, 2010; Glenn-Molali, 2011).

O défice no requisito universal **processos adequados de eliminação** manifestou-se pela presença de incontinência vesical e intestinal, nomeadamente, em doente com bexiga e intestino neurogénicos resultantes de AVC ou de LVM.

As principais intervenções, no âmbito da eliminação urinária, foram de cariz comportamental, através da realização de treino miccional diurno bi-horário (alargando o período de tempo entre as micções de acordo com o padrão dos doentes); do ensino sobre a importância da realização de exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico (exercícios de Kegel); da instituição de um plano de ingestão de líquidos não estimulantes adequado, reduzindo a mesma a partir das 19 horas; do ensino sobre sinais e sintomas de infeção urinária e do reforço positivo de todos os progressos obtidos durante o processo (Stevens, 2011, OE, 2009b).

Houve necessidade de estabelecer contratos com os doentes responsabilizando-os pela sua continência urinária. Isto foi particularmente eficaz com uma doente de 36 anos, com hemiplegia esquerda pós AVC que apresentava incontinência urinária noturna sempre que tinha fralda. Foi-lhe proposto que não usasse fralda no período da noite, à semelhança do que acontecia de dia. Deste modo, passou a ter a preocupação de controlar as micções de modo a prevenir perdas de urina. Foi interessante observar que a partir desse momento deixou de apresentar incontinência urinária noturna. No entanto, num dia em que inadvertidamente lhe colocaram fralda de noite (que não recusou), a doente não conseguiu controlar as micções, urinando na fralda (ver apêndice III).

Foi necessário a realização e ensino do programa de esvaziamento vesical intermitente (de 4 em 4 horas segundo prescrito) a um doente com LVM. Inicialmente recorri ao sistema de enfermagem totalmente compensatório e progressivamente, como o doente conseguiu realizar algumas tarefas, passei a

utilizar o sistema de enfermagem parcialmente compensatório (o doente realizava a limpeza do meato urinário e lubrificava a sonda, não conseguindo ainda introduzir a sonda vesical devido à dificuldade em realizar pinças com os dedos das mãos).

Antes do cateterismo era solicitado ao doente que tentasse urinar espontaneamente tendo sido ensinadas algumas técnicas para estimular a micção (estimulação suprapúbica<sup>XIX</sup>, manobra de credé<sup>XX</sup>, manobra de valsalva<sup>XXI</sup>). Se houvesse micção espontânea, era verificado o volume urinário residual, de modo a concluir sobre a eficácia da micção no esvaziamento completo da bexiga.

Em relação à eliminação intestinal, as intervenções realizadas, no sentido de suprir os défices neste autocuidado, foram também de índole comportamental através do reforço da importância de uma dieta equilibrada rica em fibras e de uma ingestão de água de cerca de 2-3 litros por dia (Bruni et al., 2004; Gender, 2011).

Foi feito treino intestinal com supositório de bisacodil conforme prescrição (de 2 em 2 dias) e realizado ensino sobre algumas manobras que facilitadoras da eliminação intestinal (manobra de valsalva e manobra de rosing<sup>XXII</sup>).

Outro dos requisitos universais em défice foi a **promoção do normal funcionamento** manifestado por dificuldade na realização das AVD (tomar banho, vestir, despir, etc) e na marcha, relacionadas com hemiparésia/hemiplegia derivada de AVC ou tetraparésia/tetraplegia, paraparésia/paraplegia derivadas de LVM.

Os objetivos das minhas intervenções, junto dos doentes com AVC, foram no sentido de evitar ou diminuir a instalação da espasticidade; estimular a sensibilidade; treinar o equilíbrio; reeducar o mecanismo reflexo-postural e estimular movimentos do lado afetado.

O posicionamento em padrão anti-espástico, é essencial para reduzir o desenvolvimento da espasticidade. Procurei ensinar quer o doente quer o cuidador a adoptar e supervisionar os posicionamentos adequados e que estes devem ser mantidos o máximo de tempo possível durante todo o dia (Johstone, 1979). Tive a preocupação de manter o alinhamento dos vários segmentos corporais e garantir a integridade cutânea. A alternância de decúbitos permite ainda, ao doente, alternar o

---

<sup>XIX</sup> Estimulação digital por leves toques com a ponta dos dedos na região suprapúbica (Bruni et al., 2004)

<sup>XX</sup> Compressão no baixo ventre com a mão espalmada ou fechada (Bruni et al., 2004)

<sup>XXI</sup> Inspiração profunda seguida de expiração forçada aumentando a pressão intrabdominal (Bruni et al., 2004)

<sup>XXII</sup> Massagem abdominal no sentido da direita para a esquerda e de baixo para cima com leve compressão durante 20-30 segundos (Bruni et al., 2004).

campo visual e integrar o esquema corporal (Menoita, 2012).

Procedi à realização de mobilizações passivas, ativas assistidas, ativas e ativas resistidas de todos os segmentos articulares, respeitando a amplitude articular e o limiar de dor do doente, iniciando pelos segmentos distais (ciclos de 5-10 repetições). Especial cuidado foi dado no sentido de prevenir a síndrome do ombro doloroso.

Procurei, sempre que possível, adequar a disposição do mobiliário da unidade do doente e abordá-lo pelo lado afetado, incentivando-o a olhar para esse lado, de modo a proporcionar o máximo de estímulos sensoriais.

Atividades terapêuticas como automobilizações, facilitação cruzada, rolar na cama, a ponte, a carga no cotovelo, o treino do equilíbrio (inicialmente estático e sentado e posteriormente dinâmico e em pé), o ensino de transferência (cama/cadeira/sanitário) bem como treino de marcha controlada, foram realizadas de forma progressiva de acordo com a evolução apresentada pelo doente. Segundo Johnstone (1979) a sequência correta dos exercícios é essencial no processo de reabilitação, respeitando o desenvolvimento do movimento controlado, sendo contraproducente iniciar certas atividades, sem que o indivíduo esteja realmente preparado.

De acordo com estes pressupostos foi realizado igualmente treino de AVD como vestir/despir a parte superior/inferior do corpo, higiene pessoal e alimentação, no sentido da promoção do autocuidado nestes doentes.

Relativamente aos doentes com LVM os objectivos das minhas intervenções foram no sentido de promover a máxima independência possível nas mudanças de posição e transferências, na realização das AVD e no manejo da cadeira de rodas. Devido ao estágio de evolução dos doentes por mim cuidados não foi possível realizar o treino de marcha.

Desta forma realizei mobilizações passivas, ativas assistidas, ativas e ativas resistidas de todos os segmentos articulares, respeitando a amplitude articular e o limiar de dor do doente, iniciando pelos segmentos proximais (ciclos de 5-10 repetições) (OE, 2009b).

O treino de exercícios no leito, treino de transferência (cama/cadeira de rodas) e exercícios na cadeira de rodas (treino de equilíbrio, exercício do “avião”,

“push-up”, exercício de flexão do tronco) foram realizados, assim como o treino de AVD.

O défice no requisito universal **prevenção de perigos à vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano** esteve relacionado, a maior parte das vezes, com a precipitação para a realização das tarefas e com o desconhecimento das possíveis complicações que poderiam derivar da sua condição clínica.

As minhas intervenções, junto dos doentes e seus cuidadores, foram, mais uma vez, essencialmente de âmbito educacional tendo em vista o ensino sobre a importância da inspeção da pele, da alternância de decúbitos (em especial nos doentes com AVC e LVM), sobre a prevenção de fenómenos tromboembólicos profundos e a importância da utilização de meias de compressão nos doentes com LVM; sobre os sinais e sintomas de infeção respiratória e urinária, etc.

Colaborei na elaboração de um manual (em execução no SMFR) destinado ao doente com LVM e seus cuidadores, com um capítulo sobre Disreflexia Autónoma (apêndice IV).

A vertente comportamental esteve relacionada com o reforço da necessidade de executar as tarefas faseadamente, sem pressas nem atropelos, de modo a evitar riscos desnecessários.

Relativamente ao défice nos requisitos **de desvio de saúde**, este manifestou-se, sobretudo, pela falta de conhecimento sobre a patologia, má técnica de administração de terapêutica inalatória, má gestão da oxigenoterapia e má adesão à VNI.

As grandes áreas em que pude intervir ao nível da promoção da adesão ao regime terapêutico, para além da VNI, foram na administração da terapêutica inalatória e OLD.

O ensino sobre a técnica de administração de terapêutica inalatória é fundamental para o tratamento e controlo das doenças respiratórias. Cabe ao enfermeiro, e em especial ao EEER, prestar a devida informação sobre os diferentes dispositivos de administração, técnica correta, ordem correta de administração, cuidados a ter antes e após a mesma.

Segundo Fink e Rubin (2005) 28-68% dos doentes e 39-67% dos



profissionais de saúde não realizam, nem ensinam a técnica de forma correta. As sessões de HDP, as consultas autónomas de enfermagem e a VD foram os contextos propícios para o desenvolvimento de conhecimentos e competências nesta área.

A inclusão do doente no processo de decisão é mandatória para a promoção da adesão a qualquer regime terapêutico e isso não é exceção no caso da administração da terapêutica inalatória.

O EEER ao apresentar os diferentes dispositivos disponíveis para administração da terapêutica, deve ter em conta a relação custo/benefício. Este é, em tempos de crise económica, cada vez mais, um fator preponderante na escolha do doente. A idade, a capacidade inspiratória (avaliada através do medidor de fluxo inspiratório – in-check), coordenação, destreza manual e força, capacidade de compreensão e estilo de vida do doente são outros fatores a ter em conta na escolha do dispositivo (Murphy, 2002, Cordeiro, 2012).

Fink (2009) recomenda que as ações de ensino sobre terapia inalatória devem numa primeira fase durar cerca de 10-30 minutos e devem conter explicação, demonstração prática e validação do desempenho do doente. Estas sessões devem ocorrer várias vezes para melhorar os níveis de desempenho e adesão do doente.

Kiser et al (2011) realizaram um estudo randomizado controlado com o objetivo de explorar o impacto de algumas intervenções na melhoria da técnica inalatória e na cessação tabágica em doentes com DPOC, e a sua relação com os níveis de literacia dos doentes.

O tipo de intervenção consistia em sessões individuais de 15-30 minutos utilizando a explicação da técnica passo-a passo, através de um folheto (“Vivendo com a DPOC”), e através de uma componente prática com inalador placebo. De seguida o utente realizava a técnica passo-a passo, e em cada etapa que cometesse um erro, o profissional repetia a explicação e a técnica correta.

Foi realizada comparação entre um grupo que teve acesso a estas sessões e um grupo controlo que não teve acesso. Foram comparados os resultados em termos de melhoria da realização da técnica inalatória ao fim de 2-8 semanas. Ambos os grupos eram heterogêneos em termos de literacia em saúde.

Ao fim do estudo puderam concluir que este tipo de intervenção teve um

impacto positivo na melhoria da realização da técnica inalatória em doentes com DPOC e que os benefícios foram semelhantes para doentes com baixa ou elevada literacia.

Em sede de HDP tive a oportunidade de pôr em prática estes princípios, com a exceção da utilização de folhetos sobre as diferentes temáticas. No entanto, a equipa de enfermagem está a elaborar algum material escrito para fornecer aos doentes sobre estas e outras temáticas (OLD, VNI).

As principais falhas que pude constatar nos doentes, relativamente à técnica de administração de inaladores, foram ao encontro do descrito pela literatura pesquisada: ausência de mistura prévia do fármaco, ausência de expiração lenta antes da administração do fármaco, ausência de pausa inspiratória após administração e ausência de compasso de espera entre as administrações.

Pude observar ainda que a maior parte dos doentes sabiam a ordem correta de administração dos fármacos e os cuidados de higiene da boca a ter após a administração de corticóides inalados.

Sugeri, já no final do estágio, à equipa de enfermagem do HDP, a criação de um instrumento de avaliação do conhecimento e adesão dos doentes à terapêutica inalatória, tendo por base uma check-list com os principais passos indispensáveis a uma técnica correta e com a possibilidade de monitorização destes pontos no decorrer das várias sessões de HDP. Deste modo poder-se-ão adoptar diferentes estratégias de ensino na promoção da adesão.

Grande parte dos doentes por mim cuidados quer na UIR quer no HDP necessitavam de OLD, por isso pude desenvolver conhecimentos para melhor acompanhar estes doentes e dotá-los de competências para melhor gerirem a sua situação clínica.

Apesar de, para a sobrevivência de alguns doentes a administração de O<sub>2</sub> ser indispensável, ele deve ser administrado corretamente, com o débito certo e no tempo certo. Os principais problemas associados à oxigenoterapia são a hipercápnia (em especial nos doentes com DPOC), a toxicidade (os sinais e sintomas de narcose são confusão, letargia e incapacidade de despertar), a secura das mucosas e disfunção mucociliar, entre outros. (Esmond & Mikelsons, 2002; Heuer & Scanlan, 2009; Menoita, Moreno & Costa, 2012; Ryce, 2004).

De acordo com a avaliação global do doente, não só clínica (baseada na sintomatologia do doente e exames complementares de diagnóstico), mas também no nível de atividade física do doente, o pneumologista prescreve OLD sob a forma que melhor se adapta ao quotidiano do doente (oxigénio gasoso por garrafa/botija ou por concentrador e oxigénio líquido) (CNCRD, 2010).

Pude aperceber-me que nalguns casos ainda existe bastante confusão a este nível, e alguns doentes possuem as diferentes formas de administração de O<sub>2</sub> no domicílio (prescritas por vezes por diferentes profissionais). "As formas de O<sub>2</sub> líquido e por concentrador portátil apresentam vantagem, sobre as formas fixas uma vez que permitem a deambulação e consequentemente, uma melhor integração familiar e social" (CNCRD, 2010, p.17), no entanto muitos dos doentes quase não saem de casa e por isso não utilizam este equipamento. Cabe também ao enfermeiro o despiste destas situações para uma melhor racionalização dos recursos.

Para evitar a múltipla prescrição a CNCRD (2010, p.23) recomenda que "a oxigenoterapia líquida ou por concentrador portátil, apenas deverá ser prescrita por especialistas hospitalares, integrados em equipas multidisciplinares com capacidade de fornecimento de programas de educação e seguimento, e após avaliação apropriada mediante recurso a testes de capacidade de exercício".

A questão da adequação do débito de O<sub>2</sub> correto ao nível de atividade (descanso, esforço e sono) é ainda uma dificuldade para muitos doentes. Muitos deles ainda não têm consciência das reais repercussões que débitos inadequados têm, na degradação da situação de saúde.

Este foi um tema bastante abordado por mim nas sessões de HDP. Para além da informação escrita existente no boletim de saúde do doente, eram validados os conhecimentos dos doentes. Eram verificados os débitos de O<sub>2</sub>, à chegada ao HDP (débito em esforço, pois vinham a caminhar); era aferido se, quando se sentavam (repouso), reduziam o débito administrado e questionado qual o débito no sono.

Os doentes eram ainda questionados sobre quais as situações em que consideravam estar em esforço. Muitas vezes apenas consideravam que só necessitavam de débito mais elevado quando saíam de casa. Por exemplo, durante uma das sessões de HDP uma doente referiu demorar 1h a tomar banho, devido ao cansaço, no entanto, não aumentava o débito de O<sub>2</sub>, por não considerar estar numa

situação de esforço.

Ensinos sobre o abastecimento de O<sub>2</sub> líquido, precauções básicas de prevenção de acidentes nomeadamente incêndios e queimaduras, localização mais adequada para a fonte de O<sub>2</sub> no domicílio, entre outros, eram igualmente realizados.

Esta componente educativa tem, igualmente, forte impacto na promoção do autocuidado e da adesão terapêutica nos doentes com AVC, como pude concluir durante a realização de jornal de aprendizagem apresentado no anexo V.

Através do atrás referido podemos afirmar que o EEER assume um papel de destaque na promoção do autocuidado, sendo este um resultado sensível aos cuidados de enfermagem. A execução do autocuidado é considerada benéfica não só para o indivíduo, mas também para os cuidadores e sistema de saúde. Alguns estudos de investigação em enfermagem focam como *outcomes* do autocuidado, o aumento do senso de responsabilidade; a promoção da autonomia; a melhoria da capacidade de adaptação à doença, promovendo a recuperação, adesão ao regime terapêutico, o controlo de sintomas e diminuindo o risco de complicações; a aquisição de hábitos de vida saudáveis relacionados com dieta, exercício físico e gestão de stresse; o aumento da sensação de bem-estar e da qualidade de vida. Consequentemente, as taxas de utilização de serviços de saúde e de readmissão hospitalar diminuem, promovendo uma redução de custos com os cuidados de saúde. (Sidani, 2011).

No final deste último capítulo não poderia deixar de abordar uma temática que me fez refletir sobre mais um das vertentes de atuação do EEER. Esta reflexão surgiu da prestação de cuidados a um doente com ELA em fase terminal. Quais as intervenções que, no âmbito da enfermagem de reabilitação, poderia realizar junto de um doente em cuidados paliativos?

À primeira vista os conceitos “reabilitação” e cuidados paliativos” parecem antagónicos. O primeiro perspectiva a máxima funcionalidade possível e o outro está associados a situações incuráveis e com o fim de vida.

A reabilitação, segundo a OE (2010a, p.1) tem

“um corpo de conhecimento e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objectivos gerais são melhorar função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima”.

O EEER fundamentado em bases científicas, deve definir objetivos concretos para o alcance da máxima funcionalidade do doente, promovendo o autocuidado e prevenindo complicações; promover uma adaptação positiva do doente à sua condição, e advogar uma qualidade de vida óptima em todo o ciclo de vida.

A OMS define cuidados paliativos como:

“uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a vida, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação precoce, avaliação e tratamento rigoroso da dor e de outros problemas de ordem física, psicossocial e espiritual” (WHO, 2013, s/ p.).

Para Hesbeen (2003) a reabilitação demonstra o interesse pelo futuro da pessoa, mesmo quando a recuperação e a cura não são possíveis. No entanto, segundo Montagnini, Lodhi e Born (2003), as intervenções de reabilitação em contexto de cuidados paliativos estão frequentemente subvalorizadas, apesar dos doentes, que se encontram nestas condições, apresentarem elevados níveis de incapacidade funcional, não só devido à patologia de base mas também aos efeitos adversos do regime terapêutico.

O doente ao qual foi diagnosticado uma doença incurável apresenta declínio funcional progressivo que acarreta transformações importantes não só para si como para os seus cuidadores.

Grande parte dos doentes em cuidados paliativos expressam o desejo de se manterem o mais independente possível durante o curso da doença. O conceito de reabilitação paliativa tem como objectivo reduzir a dependência do doente bem como providenciar conforto e suporte emocional. Os potenciais benefícios da reabilitação em cuidados paliativos são a melhoria da capacidade funcional e cognitiva, do bem-estar emocional e qualidade de vida e a diminuição da fadiga, dor, dispneia, depressão (Javier & Montagnini, 2011).

A reabilitação em cuidados paliativos abrange 4 tipos de intervenções: preventivas (pretendem melhorar o nível físico e de saúde, preservar força e flexibilidade, de modo a atenuar e atrasar as incapacidades previstas); restaurativas (tem como objetivo o regresso, do doente de bom prognóstico, ao nível funcional prévio à doença); de suporte (visam a adaptação à incapacidade, maximizando a autonomia e promovendo o autocuidado) e paliativas propriamente ditas (têm como foco a minimização de complicações e a promoção do conforto (Jorge, 2014).

O controlo de sintomas que surge por vezes como segunda linha da intervenção da enfermagem de reabilitação, assume uma importância extraordinária em contexto de cuidados paliativos. A reabilitação respiratória contribui para a diminuição da dispneia e ansiedade e promove a limpeza das vias aéreas; a mobilização, ainda que passiva, previne defeitos posturais, contracturas musculares e a dor de origem músculo-osteoartricular (Braga, 2009).

Relativamente aos doentes com ELA uma abordagem proactiva em cuidados paliativos pode melhorar significativamente a sua qualidade de vida (Kumar & Jim, 2010).

A nível da reabilitação respiratória, a manutenção da permeabilidade das vias aéreas tornou-se, no caso deste doente, um dos focos de atenção. Uma vez que se encontrava ventilado através de traqueostomia e quase não tinha autonomia respiratória. Manobras de assistência na expiração e a realização de compressões e vibrações contribuíram para a libertação e progressão das secreções. A promoção de uma hidratação adequada, bem como a administração de mucolíticos prescritos, contribuíram para a fluidificação de secreções e finalmente a aspiração das mesmas completaram o “ciclo de limpeza das vias aéreas”.

A diminuição de força muscular que este doente apresentava e que contribuía para a sua imobilidade, comprometia a amplitude do movimento articular, aumentando ainda mais a atrofia muscular e impedindo a coordenação motora e o equilíbrio. A realização de mobilizações ativas passivas e assistidas tornou-se importante. Incentivava o doente a realizar todos os movimentos que ainda conseguia executar, procurando estar atenta a sinais de dor e desconforto à mobilização.

Nos posicionamentos quer na cama quer no cadeirão procurei ter em conta os princípios preventivos da espasticidade.

A depressão, ansiedade e insónia podem ocorrer em qualquer fase da evolução da doença e estão relacionados com a dependência física e também quando se instala a insuficiência respiratória (Xerez, 2008). Técnicas de relaxamento e massagem foram realizadas promovendo o bem-estar e diminuindo a dor, se presente. Ao mostrar ao doente o que ainda conseguia realizar e reforçá-lo positivamente por isso, contribui para a sua autoestima.

Todos estes cuidados devem envolver ativamente o doente e o cuidador, pois será este último que, na ausência de profissionais especializados, irá prestar estes cuidados. Para Dy e Feldman (2012) o foco quer dos cuidados paliativos quer dos cuidados de reabilitação na díade doente/família é de grande importância, pois permite ajudá-los na gestão da doença e dos novos papéis impostos pela mesma, diminuindo a sobrecarga do cuidador.

Através desta reflexão pude compreender quais as áreas de intervenção em que o EEER pode contribuir grandemente para o aumento da qualidade de vida do doente e família pois, de acordo com Hesbeen (2003, p. 35), a enfermagem de reabilitação define-se pelo “interesse autêntico pela pessoa, sem a reduzir à sua afeição ou às suas características” dando uma “atenção subtil às pessoas, às coisas que lhe acontecem ao longo da existência, que as tornam diferentes daquilo que eram antes e que afetam igualmente aqueles que as rodeiam”.

## **Considerações Finais**

A promoção da adesão a qualquer que seja o regime terapêutico é um desafio para os profissionais de saúde e foi sem dúvida para mim um objetivo a alcançar.

A avaliação funcional do doente permite o diagnóstico de défices nos requisitos de autocuidado nomeadamente dos de desvio de saúde relacionados com a adesão terapêutica.

A partir desta avaliação o EEER concebe planos de intervenção de modo a capacitar a pessoa para o exercício do seu autocuidado.

Relativamente á promoção da adesão da pessoa com DPOC à VNI são de extrema importância as intervenções educacionais, bem como as implícitas na prevenção de complicações.

No final de mais uma etapa académica considero que o percurso trilhado permitiu a mobilização e consolidação de conhecimentos teórico-práticos contribuindo para o desenvolvimento das competências técnico-científicas, relacionais e reflexivas próprias de EEER.

No entanto, penso não se tratar de um final estanque mas de um caminho cheio de bifurcações e possibilidades de desenvolvimento pessoal e profissional que espero vir a percorrer.

Existiram condicionalismos iniciais que tiveram alguma influência negativa no alcance dos objetivos propostos, mas que felizmente foram ultrapassados.

O estágio realizado na UIR perspectiva-se ser rico em experiências e no desenvolvimento das competências de EEER, nomeadamente, no que se refere à intervenção junto dos doentes submetidos a VNI. Contudo, por motivos, que se prenderam com o número reduzido de doentes com DPOC submetidos a VNI internados no período de estágio e com o facto de ter prestado cuidados, fundamentalmente, em contexto de Unidade de Cuidados Intermédios, em fase de agudização da doença e instabilidade clínica; os subsídios que consegui retirar para responder à problemática em questão ficaram aquém do esperado, felizmente isso



pôde ser colmatado durante o estágio que ocorreu no HDP. A possibilidade de prestar cuidados em contexto domiciliário, mais próximo da realidade específica de cada doente, permitiu o desenvolvimento de estratégias efetivas para a promoção da adesão à VNI.

Considero ter atingido os objetivos propostos e ter realizado um bom percurso de estágio.

Gostaria de referir, ainda, que durante a realização do presente relatório pude participar no congresso internacional de enfermagem de reabilitação, realizado de 27-29 de Março de 2014 na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra subordinado ao tema “A pessoa, função e autonomia: reabilitar nos processos de transição” (anexo IV).

Destaco a sessão plenária com o tema “*Enfermagem de reabilitação: impacto nas pessoas, nas famílias e na comunidade/ganhos em saúde*” onde se deu ênfase à intervenção do EEER nos diferentes contextos de atuação, desde um serviço de reabilitação propriamente dito até uma situação de catástrofe (onde seria pouco provável falar-se de reabilitação). A comunicação sobre “*Adesão e empowerment – que relação: análise e reflexão a partir de um estudo sobre a adesão à ventilação não-invasiva no domicílio*” trouxe subsídios para a realização deste relatório no sentido de reforçar a importância que o EEER deve dar à crenças, motivação e força de vontade das pessoas como fatores preditivos da adesão a um regime terapêutico. Na sessão plenária com o tema “*Autocuidado: funcionalidade e cognição – que intervenção?*” ouvi pela primeira vez falar no conceito de humanidade<sup>xxiii</sup> o qual suscitou em mim grande curiosidade pelo que pretendo no futuro aprofundar o seu significado e quem sabe seguir esta filosofia de cuidados.

Pude ainda frequentar 3 Workshops “Bandas, Neuromusculares”, “Drenagem linfática” e “Ventilar/expectorar: Inovações tecnológicas” (Anexos V, VI e VII). Neste último pude ter contacto pela primeira vez com o “Vest” um equipamento (colete) que promove a mobilização de secreções através da oscilação de alta frequência da parede torácica.

Pude também frequentar, dia 30 de Março de 2014, a primeira fase do curso

---

<sup>xxiii</sup> O conceito Humanidade é definido por Yves Gisneste e Rosette Marescotti como sendo o “conjunto de elementos que fazem com que uma pessoa se sinta a pertencer à espécie humana, reconheça outro ser humano como pertencendo à mesma espécie e seja reconhecida como tal”. Os principais sinais de apelos de humanidade são: a verticalidade, o olhar, a palavra, o toque, o sorriso, o vestuário. Acedido em Junho 2014 em [http://www.humanitude.pt/?page\\_id=26](http://www.humanitude.pt/?page_id=26)

de formação no âmbito da cessação tabágica, promovido pelo Departamento de Saúde da Conferência Geral dos Adventistas do Sétimo Dia e pela Associação Internacional de Temperança. Esta formação é específica para profissionais de saúde que pretendam ser dinamizadores do *“Breathe-Free: o plano para deixar de fumar”*, um programa gratuito, promotor da desabituação tabágica com apoio psicológico e médico. É composto por três fases, uma teórica e 2 práticas de implementação do programa de forma acompanhada e autónoma. Sendo o tabagismo uma das principais causas de diversas doenças (respiratórias, cardiovasculares, oncológicas, etc), posso enquanto EEER desenvolver atividades no apoio aos indivíduos que queiram deixar de fumar, tendo este curso contribuído para cimentar conhecimentos e estratégias nesta área. Pretendo ainda este ano proceder à 2ª fase do mesmo.

Ao perspectivar o futuro espero continuar o percurso iniciado neste mestrado. Penso que ele passa inevitavelmente pela prestação de cuidados a recém-nascidos, por isso espero ser possível desenvolver as minhas competências de EEER nesta área, realizando um estágio profissional num serviço de neonatologia em que existissem EEER (para já está a ser complicado encontrar um serviço que cumpra este requisito). No entanto, não gostaria de “abandonar” os cuidados a indivíduos adultos, um vez que foi por onde comecei o meu percurso profissional há 12 anos, e que pude reencontrar durante este mestrado.

## Referências Bibliográficas

- Apóstolo, J. (2012). Instrumentos para avaliação em geriatria. Escolar Superior de Enfermagem de Coimbra
- Antoniadis, A. (2009). Long term home non invasive mechanical ventilation in COPD. *PNEUMON Supplement*. 22(2). 103-111.
- Braga, R. (2009). *Influência dos cuidados de enfermagem de reabilitação no controlo da dispneia em cuidados paliativos*. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Branco, P., Barata, S., Barbosa, J., Cantista, M., Lima, A. & Maia, J. (2012). Temas de reabilitação. Reabilitação respiratória. Porto: Servier.
- Brenes, A., Sesé, R. & Soto, L. (2011). Ventilação mecânica não invasiva na doença pulmonar obstrutiva crónica agudizada. In A. Rodriguez (ed.). *Princípios da Ventilação Mecânica Não invasiva. Do Hospital ao Domicílio*. (360-377). Vila do Conde: Tipografia do Ave, S.A.
- British Thoracic Society; Royal College of Physicians; The Intensive Care Society (2008). The use of non-invasive ventilation in the management of patients with chronic obstructive pulmonary disease admitted to hospital with acute type II respiratory failure (with particular reference to Bilevel positive pressure ventilation).
- Bruni, D., Strazzieri, K., Gumieiro, M., Giovanazzi, R., Sá, V. & Faro, A (2004). Aspectos fisiopatológicos e assistenciais de enfermagem na reabilitação da pessoa com lesão medular. *Revista Escola de Enfermagem da USP*. 38(1). 71-79.
- Budweiser, S., Hitzl, AP., Jorres, RA., Heinemann, F., Arzt, M., Schroll, S. & Pfeifer, M. (2007). Impact of noninvasive home ventilation on long-term survival in chronic hypercapnic COPD: a prospective observational study. *International Journal of Clinical Practice*. 61(9). 1516-1522.

- Câmara, M., Nóbrega, J. & Maul, R. (2011). Ventilação mecânica não invasiva na doença pulmonar obstrutiva crónica. In A. Esquinas Rodriguez (ed.). *Princípios da Ventilação Mecânica Não invasiva. Do Hospital ao Domicílio*. (204-212). Vila do Conde: Tipografia do Ave, S.A.
- Carneiro, J., Esteves, F. & Conde, B (2011). Humidificação em VMNI. In A. Rodriguez (ed.). *Princípios da Ventilação Mecânica Não invasiva. Do Hospital ao Domicílio*. (453-461). Vila do Conde: Tipografia do Ave, S.A.
- Clini, E., Sturani, C., Rossi, A., Corrado, A., Donner, CF., Ambrosino, N. (...) Italian Association of Hospital Pulmonologists (2002). The Italian multicenter study on noninvasive ventilation in chronic obstructive pulmonary patients. *European Respiratory Journal*. 20(3). 529-538.
- Comissão Nacional para os Cuidados Respiratórios Domiciliários (2010). *Relatório de situação*. Cuidados de saúde respiratórios domiciliários em Portugal.
- Comissão Nacional para os Cuidados Respiratórios Domiciliários (2011). *Boas práticas em cuidados respiratórios domiciliários*. Cuidados de saúde respiratórios domiciliários em Portugal.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2009). Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. (H. Castro, Trad.). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Tradução do original do inglês “*Partnering with Individuals and Families to Promote Adherence to Treatment. International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Catalogue*” (2008).
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2011). CIPE® Versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. (H. Castro, Trad.). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Tradução do original do inglês *ICNP® Version 2 – International Classification for Nursing Practice* (2010).
- Cordeiro, M. (2012). Optimização da terapia inalatória. In M. Cordeiro & E. Menoita (coord.) *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória. Conceitos, princípios e técnicas*. (145-169). Loures: Lusociência.
- Cordeiro, M. & Menoita E. (2012). Reeducação funcional respiratória. In M. Cordeiro & E. Menoita (coord.). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória. Conceitos, princípios e técnicas*. (61-115). Loures: Lusociência.

- Correia, A., Freitas, C., Pereira, C. & Santos, M. (2013). A pessoa submetida a ventilação não invasiva no domicílio. In C. Fonseca & R. Fontes (ed.) *A pessoa submetida a ventilação não invasiva, os cuidados de enfermagem no processo de transição*. (232-243). Portugal: Linde Healthcare.
- Cortés, E. & Gómez, E. (coord.) (2008) *Ventilación Mecánica No Invasiva. Manual SEPAR de procedimientos* 16. Novartis Farmacéutica S.A.
- Crinner, G., Brennan, K., Travaline, J. & Kreinner, D. (1999). Efficacy and compliance with noninvasive pressure ventilation in patients with chronic respiratory failure. *Chest*. 116(3). 667-675.
- Cunha, M. & Marques, R. (2011). Cuidados de enfermagem e educação para a saúde no uso continuado da VMNI. In A. Rodriguez (ed.). *Princípios da Ventilação Mecânica Não invasiva. Do Hospital ao Domicílio*. (471-477). Vila do Conde: Tipografia do Ave, S.A.
- Dias, A., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A. & Castro, S. (2011). Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: revisão da literatura. *Millenium*. 40. 201-219.
- Direção-Geral da Saúde (2010). *Programa Nacional de Prevenção e Controle da DPOC - Informação Complementar sobre a DPOC em Portugal*. Acedido em Julho 2013 em <http://www.dgs.pt/wwwbase/wwwinclude/ficheiro.aspx?tipo=0&mid=5005&id=20985&ambiente=WebSiteMenu>
- Direção-Geral da Saúde (2011). *Acidente vascular cerebral: prescrição de medicina física e de reabilitação*. Norma da direção-geral da saúde nº 054/2011.
- Direção Geral de Saúde (2012). *Plano Nacional para as Doenças Respiratórias*.
- Drummond, M. & Sampaio, R. (2012). *Para embalar adultos que dormem com ventilador*. Lisboa: Lidel.
- Dunbar-Jacob, J. & Mortimer-Stephens, M. (2001). Treatment adherence in chronic disease. *Journal of Clinical Epidemiology*. 54. 857-860.
- Dy, S. & Feldman, D. (2012). Palliative care and rehabilitation for stroke survivors: managing symptoms and burden, maximizing function. *Journal General Internal Medicine*. 27(7). 760-762.

- Esmond, G. & Mikelsons, C. (2002). Oxigenoterapia. In G. Esmond (ed.) *Enfermagem das doenças respiratórias*. (127-144). Loures: Lusociência.
- Felgueiras, J., Lohmann, C., Delerue, F. & Barata, J. (2006). Ventilação Não Invasiva numa Unidade de Cuidados Intermédios. *Medicina Interna*. 13 (2). 73-78.
- Ferreira, S., Nogueira, C., Conde, S. & Taveira, N. (2009). Ventilação não invasiva. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. XV(4). 655-667.
- Fink, J. (2009). Aerossolterapia medicamentosa. In R. Wilkins; J. Stoller & R Kacmarek (ed.) *Egan, fundamentos da terapia respiratória* (M. Narciso et al. Trad.). (9ª ed.). (801-842). Rio de Janeiro: Elsevier. Tradução do original inglês Egan's fundamentals of respiratory care, 9ªed, 2009.
- Fink, J. & Rubin, B. (2005). Problems with inhaler use: a call for improved clinician and patient education. *Respiratory care*. 5(10). 1360-1365.
- Fonseca C., Nabais N., Ramos A., Gaspar L. & Tomé E. (2013). Ganhos em saúde na utilização da ventilação não invasiva comparativamente à ventilação mecânica In C. Fonseca & R. Fontes (ed.) *A pessoa submetida a ventilação não invasiva, os cuidados de enfermagem no processo de transição*. (50-62). Portugal: Linde Healthcare.
- Franco, J., Branco, J., Conceição, M., Oliveira, & Azevedo, P. (2007). Adesão ao regime terapêutico: Importância da relação enfermeiro-cliente. *Revista Portuguesa de Enfermagem*. 10. 19-23.
- Gender, A. (2011). Eliminação e Regulação Intestinal. In S. Hoeman. *Enfermagem de reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados*. (C. Saraiva et al. Trad.). 4ª ed. 387-410. Loures: Lusodidacta. Tradução do original inglês Rehabilitation nursing: prevention, intervention & outcomes. 4ª ed. 2008.
- Germano, N. (2008). Ventilação Não invasiva. In P. Marcelino (coord.) *Manual de ventilação mecânica no adulto. Abordagem ao doente crítico*. (239-256). Loures: Lusociência.
- Gonçalves, R. (2011). Cuidados de enfermagem com a interface. In A. Rodriguez (ed.). *Princípios da Ventilação Mecânica Não invasiva. Do Hospital ao Domicílio*. (435-442). Vila do Conde: Tipografia do Ave, S.A.

- Glenn-Molali, N. (2011). Alimentação e deglutição. In S. Hoeman. *Enfermagem de reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados*. (C. Saraiva et al. Trad.). 4ª ed. 295-317. Loures: Lusodidacta. Tradução do original inglês *Rehabilitation nursing: prevention, intervention & outcomes*. 4ª ed. 2008.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2013) – *Global Strategy for the diagnosis, management, and prevention of Chronic Obstructive Lung Disease*.
- Gomes, M. & Sotto-mayor, R. (2003). *Tratado de pneumologia*. Sociedade Portuguesa de Pneumologia. Permanyer Portugal.
- Gronkiewicz, C. & Coover, L. (2011). Reabilitação respiratória e pulmonar. In S. Hoeman. *Enfermagem de reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados*. (C. Saraiva et al. Trad.). 4ª ed. 319-350. Loures: Lusodidacta. Tradução do original inglês *Rehabilitation nursing: prevention, intervention & outcomes*. 4ª ed. 2008.
- Heitor, M., Canteiro, M., Ferreira, J., Olazabal, M. & Maia, M. (1988). *Reeducação Funcional Respiratória*. 2ªed. Boehringer Ingelheim.
- Henriques, M. (2011). *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade. Eficácia das intervenções de enfermagem*. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa com a participação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa.
- Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação. Criar novos caminhos*. (M. Martins trad.). Loures: Lusociência. Tradução do original francês *La réadaptation. Aider à créer de nouveaux chemins*. 2001.
- Heuer, A. & Scanlan, C. (2009). Terapia com gases medicinais. In R. Wilkins; J. Stoller & R Kacmarek (ed.) *Egan, fundamentos da terapia respiratória* (M. Narciso et al. Trad.). 9ª ed. 867-902. Rio de Janeiro: Elsevier. Tradução do original inglês *Egan's fundamentals of respiratory care*. 9ª ed. 2009.
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (2013). *Literacia em saúde*. Consultado em Dezembro 2013 em <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/AreasCientificas/PSDC/AreasTrabalho/LiteraciaSaude/Paginas/inicial.aspx>

- Javier, N & Montagnini, M. (2011). Rehabilitation of the hospice and palliative care patient. *Journal of Palliative Medicine*. 14(5). 638-648.
- Johnstone, M. (1979). Restauração da função motora no paciente hemiplégico. (J. Mendonça Primo, Trad.). São Paulo: Editora Manole. Tradução do original inglês Restoration of motor function in the stroke patient.
- Jorge, L. (2014). Reabilitação em cuidados paliativos. In A. Costa & M. Othero (coord.). *Reabilitação em cuidados paliativos*. 63-76. Loures: Lusodidacta.
- Kelly-Hayers, M. & Phipps, M. (2011). Avaliação da função e medidas de resultados. In S. Hoeman. *Enfermagem de reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados*. (C. Saraiva et al. Trad.). 4ª ed. 177-186. Loures: Lusodidacta. Tradução do original inglês Rehabilitation nursing: prevention, intervention & outcomes. 4ª ed. 2008.
- Kiser, K., Jonas, D., Warner, Z., Scanion, K., Shilliday, B. & DeWalt, D. (2011). A randomized controlled trial of literacy-sensitive self-management intervention for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients. *Journal of General Internal Medicine*. 27(2). 190-195.
- Kumar, S. & Jim, A.(2010). Physical therapy in palliative care: from symptom control to quality of life: a critical review. *Indian Journal of Palliative Care*. 18(3). 138-148.
- Machado, M. (2009). *Adesão ao regime terapêutico. Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros*. Tese de Mestrado em Educação na Especialidade de Educação para a Saúde. Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho. Braga.
- Magalhães, M. (2009). O processo de cuidados de enfermagem à pessoa com deficiência ventilatória crónica – DPOC: da evidência científica à mudança das práticas. *Revista Investigação em Enfermagem*. 20. 26-39.
- Magano, C., Reis, M., Guedes, P., Brito, R. & Mourisco, S. (2007). Ventilação Não Invasiva. *Revista Sinais Vitais*. 72. 13-19.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Menoita (2012). *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência.



- Menoita, E. & Cordeiro, M. (2012). Patologia Respiratória Obstrutiva. Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. In M. Cordeiro & E. Menoita (coord.). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória. Conceitos, princípios e técnicas*. (255-276). Loures: Lusociência.
- Menoita, E., Moreno, M. & Costa, R. (2012). Assistência respiratória. Oxigenoterapia. In M. Cordeiro & E. Menoita (coord.). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória. Conceitos, princípios e técnicas*. (167-193). Loures: Lusociência.
- Montagnini, M., Lodhi, M. & Born, W. (2003). The utilization of Physical Therapy in a Palliative Care Unit. *Journal of Palliative Medicine*. 6(1). 11-17.
- Monteiro, M., Berton, D., Moreira, M., Menna Barreto, S. & Teixeira, P. (2012). Effects of expiratory positive airways pressure on dynamic hyperinflation during exercise in patients with COPD. *Respiratory Care*. 57(9). 1405-1412.
- Morais, A. (2003). Adesão terapêutica na doença crónica - abordagem a partir de um estudo sobre ventiloterapia no domicílio. *Revista Investigação em Enfermagem*. 7. 52-62.
- Morais, A. & Queirós, P. (2012). Adesão ao regime terapêutico: enquanto foco de atenção dos profissionais de saúde. *Revista Investigação em Enfermagem*. 26. 119-133.
- Morais, A. & Queirós, P. (2013). Adesão à ventilação não invasiva: perspectiva do doente e familiar cuidador. *Revista de Enfermagem Referência*. III(10). 7-14.
- Murphy, S. (2002). Terapêutica respiratória. In G. Esmond (ed.) *Enfermagem das doenças respiratórias*. (81-103). Loures: Lusociência.
- Nabais, N., Fonseca, C., Santos, D. & Silveira, S. (2012). Complicações da ventilação não invasiva: cuidados de enfermagem. In C. Fonseca & R. Fontes (ed.). *A pessoa submetida a ventilação não invasiva, os cuidados de enfermagem no processo de transição*. (155-165). Portugal: Linde Healthcare.
- Neto, J. & Amaral, R. (2003). Reabilitação Pulmonar e Qualidade de Vida em Pacientes com DPOC. *Lato & Sensu*. 4 (1). 3-5.
- Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2013). *Prevenir a doença, acompanhar e reabilitar o doente. Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias*. Fundação Portuguesa do Pulmão.

- Ontario Health Technology Advisory Committee (2012). *OHTAC Recommendation: Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. Health Quality Ontario. Acedido em Julho de 2013 em [http://www.hqontario.ca/en/mas/pdfs/COPD\\_OHTACRecommendation\\_March2012.pdf](http://www.hqontario.ca/en/mas/pdfs/COPD_OHTACRecommendation_March2012.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2009a). *Código Deontológico*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2009b). *Guia de boa prática de cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vertebro-medular*. Cadernos série I (2). Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação*. Lisboa
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. (6ª ed), St. Louis: Mosby.
- Padilha, J., Sousa, P. & Pereira, F. (2012). Análise do uso de suportes tecnológicos e conteúdos informacionais pelos pacientes com doença pulmonar obstrutiva crónica. *Acta Paulista de Enfermagem*. 25 (número especial 1). 60-66.
- Petronilho, F. (2013). *A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos. Estudo exploratório sobre o impacte nas transições do doente e do familiar cuidador*. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Pertab, D. (2009). Principles of non-invasive ventilation: a critical review of practice issues. *British Journal of Nursing*. 18(16).1004-1008.
- Rahal, L., Garrido A. & Cruz Jr, R. (2005). Ventilação não invasiva: quando utilizar? *Revista Associação Médica Brasileira*. 51(5). 241-255.
- Restrepo, R., Alvarez, M., Wittnebel, L., Sorenson, H., Werrsrein, R., Vines, D., (...) Wilkins, R. (2008). Medication adherence issues in patients treated for COPD. *International Journal of COPD*. 3(3). 371-384.

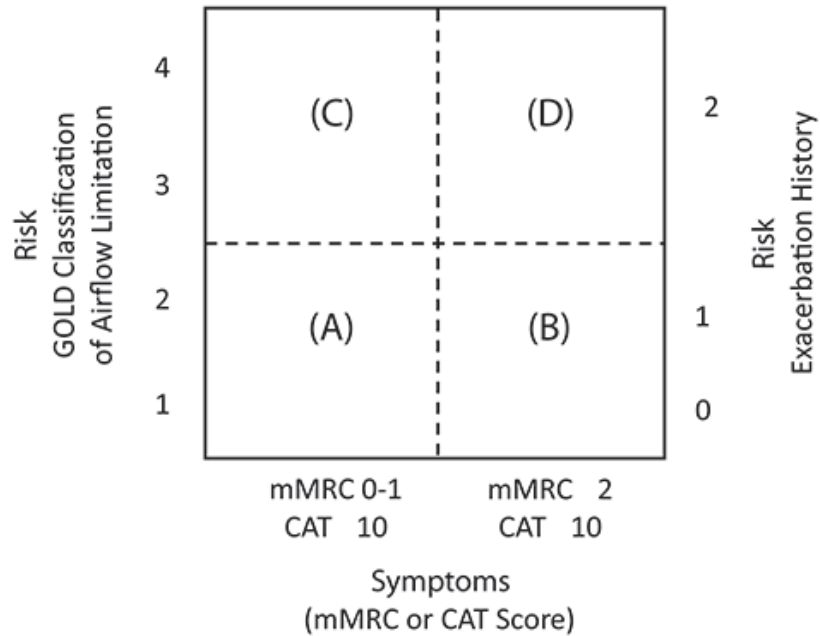
- Rocha, E. & Carneiro, E. (2009). Benefícios e complicações da ventilação mecânica não-invasiva na exacerbação aguda da doença pulmonar obstrutiva crônica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 20(2). 184-189.
- Rodriguez, A. (2010). *Noninvasive mechanical ventilation: theory, equipment and clinical applications*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Rodriguez, A. (2011). Fundamentos e metodologia em VMNI. In A. Rodriguez (ed.). *Princípios da Ventilação Mecânica Não invasiva. Do Hospital ao Domicílio*. (60-74). Vila do Conde: Tipografia do Ave, S.A.
- Rodriguez, A., Scala, R., Soroksky, A., BaHammam, A., Klerk, A., Valipour, A. (...) Holland, A. (2012). Clinical review: Humidifiers during non-invasive ventilation – key topics and practical implications. *Critical Care*. 16(203). 1-7.
- Ryce, R. (2004). O utente com doença pulmonar crónica obstrutiva. In Ryce, R. *Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários. Conceitos e aplicação*. (3ªed.).187-214. Home care nursing practice. Concepts and application (2001) trad Humberto d'Abreu. Loures: Lusociência.
- Sansana, A. & Bento, T. (2013). Intervenções de enfermagem ao doente crítico submetido a VNI. In C. Fonseca & R. Fontes (ed.). *A pessoa submetida a ventilação não invasiva, os cuidados de enfermagem no processo de transição*. (81-90). Portugal: Linde Healthcare.
- Santos, R., Ramalhinho, G., Fernandes, B., Gaspar, T., Marques, A. & Fernandes (2010). Adesão à terapêutica em doentes com patologia cardíaca. *Revista Nursing*. 258.
- Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência (ed.) (2005). Conceito Europeu de Acessibilidade. Cadernos SNR nº 18.
- Sidani, S. (2011). Self-care. In D. Doram. *Nursing outcomes: the state of the science* (2ª ed.). (79-130). Toronto: Jones and Bartlett Learning.
- Silva, G. & Pachito, D. (2006). Abordagem terapêutica dos distúrbios respiratórios do sono. Tratamento com ventilação não-invasiva (CPAP, BiPAP e auto-CPAP). *Medicina (Ribeirão Preto)*. 39(2). 212-217.

- Sousa L. & Duque, H. (2012). Reabilitação respiratória na pessoa com ventilação não invasiva. In M. Cordeiro & E. Menoita (coord.). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória. Conceitos, princípios e técnicas*. (211-225). Loures: Lusociência.
- Stevens, K. (2011). Eliminação e Continência urinária. In S. Hoeman. *Enfermagem de reabilitação: prevenção, intervenção e resultados esperados*. (C. Saraiva et al. Trad.). 4ª ed. 351-386. Loures: Lusodidacta. Tradução do original inglês *Rehabilitation nursing: prevention, intervention & outcomes*. 4ª ed. 2008.
- Sweeting, H. (2012). CPAP and COPD: an option for easier breathing in sleep. *Practice Nursing*. 23(6). 280-290.
- Tsolaki, V., Pastaka, C., Kostikas, K., Karetsi, E., Dimoulis, A., Zikiri, A., (...) Gourgoulisanis, K (2011). Noninvasive Ventilation in Chronic Respiratory Failure: Effects on Quality of Life. *Respiration*. 81. 402-410.
- Windisch, W. (2008). Impact of home mechanical ventilation on health-related quality of life. *European Respiratory Journal*. 32(5). 1328-1336.
- World Health Organization (2003). Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Switzerland.
- World Health Organization (2013). Definition of palliative care. Consultado em outubro 2013 em <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- Xerez, D. (2008). Reabilitação na esclerose lateral amiotrófica: revisão da literatura. *Revista Acta Fisiátrica*. 15(3). 182-188.
- Zamith, M. & Matias, I. (2007). Assistência domiciliária a insuficientes respiratórios. *Boletim do Hospital Pulido Valente*. XX (4).163-167.

## **Anexos e Apêndices**

Anexo I – Associação entre sintomas, classificação espirométrica e risco de  
exacerbações

When assessing risk, choose the highest risk according to GOLD grade or exacerbation history



Patient Category	Characteristics	Spirometric Classification	Exacerbations Per Year	mMRC	CAT
A	Low Risk, Less Symptoms	GOLD 1-2	1	0-1	<10
B	Low Risk, More Symptoms	GOLD 1-2	1	2	10
C	High Risk, Less Symptoms	GOLD 3-4	2	0-1	<10
D	High Risk, More Symptoms	GOLD 3-4	2	2	10

Adaptado de: Global Initiative for Chronic Obstrutive Lung Disease (2013) – Global Strategy for the diagnosis, management, and prevention of Chronic Obstrutive Lung Disease

## Anexo II – Critérios para a prescrição de OLD



<b>Critérios para a prescrição de OLD</b>
PaO <sub>2</sub> ≤ 55mmHg ou SatO <sub>2</sub> ≤ 88%, com ou sem hipercápnia, 2 vezes em 3 semanas
PaO <sub>2</sub> entre 55 a 60 mmHg ou SatO <sub>2</sub> de 88%, se houver evidência de hipertensão pulmonar, edema periférico sugerindo insuficiência cardíaca congestiva, ou policitemia (hematócrito > 55%)
Valores de PaO <sub>2</sub> em repouso ou a valores de saturação avaliados duas vezes ao longo de três semanas. O doente deve estar estável.

Adaptado de: Global Initiative for Chronic Obstrutive Lung Disease (2013) – Global Strategy for the diagnosis, management, and prevention of Chronic Obstrutive Lung Disease

Anexo III- Critérios para a implementação da VNI em doentes com IRC decorrente  
da DPOC

<b>Critérios para a implementação da VNI em doentes com IRC decorrente da DPOC</b>	
A VNI deve ser iniciada nos doentes com IRC estável que, apesar de uma OLD bem conduzida, evoluam para uma de duas situações	
PaCo <sub>2</sub> superior a 55mmHg	
PaCo <sub>2</sub> entre 50 e 54 mmHg, numa das seguintes circunstâncias:	
<p>Associada a dessaturação noturna (SatO<sub>2</sub> &lt; 88% durante 5 minutos consecutivos, não corrigida com a administração de O<sub>2</sub> a 2 ou mais L/min)</p> <p>Mais que um internamento por insuficiência respiratória aguda no último ano</p>	

Adaptado de: Comissão Nacional para os Cuidados Respiratórios Domiciliários (2011). Boas práticas em cuidados respiratórios domiciliários. Cuidados de saúde respiratórios domiciliários em Portugal.

Anexo IV – Certificado de participação no Congresso Internacional de Enfermagem  
de Reabilitação 2014



# Certificado

Certifica-se que **Sara Isabel da Silva Paula Figueiredo**, nascida a 1981-05-28, de nacionalidade Portuguesa, portadora do Documento de Identificação nº 11661226, válido até 2015-09-23, participou no **Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação**, que decorreu do dia 27 ao dia 29 de março de 2014, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, com a duração de 16 horas.

Coimbra, 29 de março de 2014

A Comissão Organizadora

A Presidente da ESEnFC

Maria da Conceição Saraiva da Silva Costa Bento



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – Rua 5 de Outubro ou Avenida Bissaya Barreto Apartado 7001 – 3046-851 COIMBRA – NIF 600081583  
Certificado nº C001704-128/2014



## PROGRAMA

27/03/2014

**09:30 - 10:30** - Conferência Inicial - Visão universal sobre a enfermagem de reabilitação nos processos de transição das pessoas  
Cheryl Lehman - Professora da Universidade do Texas e membro do Conselho de Administração da Associação Americana dos Enfermeiros de Reabilitação (RNA)  
Moderador: Arménio Cruz - Enfermeiro Especialista de Reabilitação e Docente da ESEnFC, Coimbra, Portugal  
- Com Tradução Simultânea

**10:45 - 12:15** - 1ª Sessão Plenária - Enfermagem de reabilitação: impacto nas pessoas, nas famílias e na comunidade / ganhos em saúde  
Moderador: Manuel Mariz - Enfermeiro Especialista de Reabilitação e Docente da ESEnFC, Coimbra, Portugal

O trabalho do enfermeiro junto ao portador de bexiga neurogénica, usuário do cateterismo urinário intermitente num serviço de reabilitação de um Hospital Universitário do interior do Estado de São Paulo/Brasil: qualidade e segurança do cuidado  
Alessandra Mazzeo - Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil

Resultados das intervenções do enfermeiro de reabilitação na pessoa internada num serviço de medicina interna  
José Carlos Januário - Enfermeiro Especialista de Reabilitação, CHUC, Coimbra, Portugal

A atuação do enfermeiro de reabilitação pós catástrofe: terremoto no Haiti  
Rita Lacerda Aquarone - Centro de Reabilitação, Hospital Israelita Albert Einstein, S. Paulo, Brasil

**14:30 - 15:45** - 2ª Sessão Plenária - A reabilitação no empowerment no processo de cuidados de saúde  
Moderador: Maria Clara Ventura - Enfermeira Especialista de Reabilitação e Docente da ESEnFC, Coimbra, Portugal

Enfermagem de Reabilitação numa nova perspectiva de cuidados  
Noemi Ramirez Gutierrez - Coordenadora da especialidade de Enfermagem de Reabilitação da Escola Nacional de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Nacional Autónoma do México (UNAM), México

Situação laboral e previdenciária de portadores de transtornos mentais  
Marcela Martins Furlan de Léo - Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Brasil

Sexualidade do homem submetido a artroplastia total da anca  
João Gaspar - Enfermeiro Especialista de Reabilitação, CHUC, Coimbra, Portugal

Adesão e empowerment - que relação: análise e reflexão a partir de um estudo sobre a adesão à ventilação não-invasiva no domicílio  
António Morais - Enfermeiro Especialista de Reabilitação e Docente da ESEnFC

16:00 - Comunicações Livres

28/03/2014

**09:30 - 11:15** - 3ª Sessão Plenária - Autocuidado: funcionalidade e cognição - que intervenção?  
Moderador: Carlos Oliveira - Enfermeiro Especialista de Reabilitação e Docente da ESEnFC, Coimbra, Portugal

Evolução do tipo e nível de dependência no autocuidado: estudo longitudinal  
Fernando Petronilho - ESE, Universidade Minho, Braga, Portugal

Ganhos no autocuidado associados à prestação de cuidados em humanidade

João Miguel Sousa Araújo - IGM Portugal, Alcobça, Portugal

Descondicionamento em idosos hospitalizados: conhecimentos, crenças, atitudes e confiança sobre estratégias de prevenção e reabilitação  
Arménio Guardado Cruz - Enfermeiro Especialista de Reabilitação e Docente da ESEnFC, Coimbra, Portugal

**11:30 - 13:00** - 4ª Sessão Plenária - Inovação em enfermagem de reabilitação nas unidades de internamento - que diagnósticos, que prescrições?  
Moderador: António Morais - Enfermeiro Especialista de Reabilitação e Docente da ESEnFC, Coimbra, Portugal

Enfermagem de reabilitação: desocultar o poder da clínica  
Paulo Joaquim Pina Queirós - Enfermeiro Especialista de Reabilitação e Docente da ESEnFC, Pós-doutorando, ICBAS -UP, Portugal

Experiência com telecuidados e doentes neurológicos numa unidade de reabilitação  
Yolanda López Moreno - Unidade de Hospitalização de Reabilitação, Lesão Medular e Dano Cerebral, Madrid (Espanha)

Construção e Validação de um Catálogo CIPE® para a Reabilitação Física Motora na área da Eliminação  
Leonardo Tadeu de Andrade - Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, Departamento Reabilitação neurológica lesão medular, Belo Horizonte - Minas Gerais, Brasil

**14:30 - 15:45** - 5ª Sessão Plenária - Os enfermeiros de reabilitação na planificação dos cuidados - na equipa e em equipa e os atuais padrões de documentação  
Moderador: Henrique Nunes - Enfermeiro Especialista de Reabilitação e Docente da ESEnFC, Coimbra, Portugal

Dados valorizados pelo enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação para a prescrição de cinesioterapia respiratória na pessoa com DPOC  
Rui Pedro Marques da Silva - Enfermeiro Especialista de Reabilitação, UCC Erasminda, Portugal

Reflexão/contributos dos atuais padrões de documentação na prática de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação  
Natércia Sequeira - Enfermeira Especialista de Reabilitação, CHUC, Coimbra, Portugal

Sistemas de Informação na prática especializada: Ganhos em Saúde  
Rui Miguel Cruz - Enfermeiro Especialista de Reabilitação, Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE, Figueira da Foz, Portugal

15:30 - Apresentação de pósteres  
16:00 - Comunicações Livres

29/03/2014

**10:00 - 12:30** - Debate - Pensar enfermagem: o enfermeiro de reabilitação nos cuidados de saúde primários / cuidados continuados: Que mais-valias?  
Moderador: Fernando Henriques - Enfermeiro Especialista de Reabilitação e Docente da ESEnFC, Coimbra, Portugal

Belmiro Rocha - Enfermeiro, Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação da Ordem dos Enfermeiros  
Carlos Margato - Enfermeiro Especialista de Reabilitação, SMFR, CHUC, Coimbra, Portugal  
Floribela Paiva - Enfermeira Especialista de Reabilitação, UCC Soure/ACES Baixo Mondego, Soure, Portugal  
Isilda Rodrigues Santos - Enfermeira Especialista de Reabilitação, UCC de Anadia/ACES Baixo Vouga, Anadia, Portugal  
Manuela Martins - Enfermeira Especialista de Reabilitação, ESEP, Porto, Portugal

12:30 - 13:00 - Sessão De Encerramento

Anexo V – Certificado de participação no Workshop “Bandas Neuromusculares”



## Certificado

Certifica-se que **Sara Isabel da Silva Paula Figueiredo**, nascida a 1981-05-28, de nacionalidade Portuguesa, portadora do Documento de Identificação nº 11661226, válido até 2015-09-23, participou no **Workshop "Bandas Neuromusculares"**, realizado no dia 27 de março de 2014, com a duração total de 2 horas, no âmbito do **Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação**, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Coimbra, 27 de março de 2014

A Comissão Organizadora

A Presidente da ESEnC

Maria da Conceição Saraiva da Silva Costa Bento



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – Rua 5 de Outubro ou Avenida Bissaya Barreto Apartado 7001 – 3046-851 COIMBRA – NIF 600081583  
Certificado nº C001732-128/2014



## PROGRAMA

### Bandas Neuromusculares

#### Programa:

- Princípios; indicações; contraindicações e aplicação prática de bandas neuromusculares em contextos clínicos para enfermeiros

#### Duração:

- 2 horas

#### Informações dos formadores:

- **Humberto Angélico** - Licenciado em Enfermagem, Pós-graduado em Reabilitação no Desporto - CHUC
- **Pedro Henriques** - Enfermeiro Especialista de Reabilitação - CHUC

Anexo VI – Certificado de participação no Workshop “ Ventilar/expectorar: Inovações tecnológicas”





## Certificado

Certifica-se que **Sara Isabel da Silva Paula Figueiredo**, nascida a 1981-05-28, de nacionalidade Portuguesa, portadora do Documento de Identificação nº 11661226, válido até 2015-09-23, participou no **Workshop " Ventilar/expetorar: Inovações tecnológicas"**, realizado no dia 28 de março de 2014, com a duração total de 2 horas, no âmbito do **Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação**, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Coimbra, 28 de março de 2014

A Comissão Organizadora

A Presidente da ESEnC

Maria da Conceição Saraiva da Silva Costa Bento



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – Rua 5 de Outubro ou Avenida Bissaya Barreto Apartado 7001 – 3046-851 COIMBRA – NIF 600081583  
Unidade Científica de Enfermagem de Reabilitação  
Certificado nº C001729-128/2014

FCT  
Fundação para a Ciência e a Tecnologia



## PROGRAMA

### Ventilar/expetorar: Inovações tecnológicas

#### Objetivo:

- Adquirir e desenvolver competências para a utilização de aparelhos e instrumentos facilitadores no mecanismo da ventilação e na expulsão das secreções.

#### Programa:

##### - 1ª Parte

Iniciar-se-á com um enquadramento teórico sobre a ventilação e mobilização de secreções e apresentação dos vários equipamentos nomeadamente (VNI, Vest, Cough Assist).

##### - 2ª Parte

Instrução e treino com os equipamentos, por simulação, entre os participantes.

Nota - O workshop irá decorrer com a colaboração da empresa Linde.

#### Duração:

- 2 horas

#### Informações do formador:

- **Manuel Mariz**
- Professor da ESEnC
- Licenciado em Enfermagem
- Especialista em Enfermagem de Reabilitação
- Mestre em Ciências de Enfermagem
- Doutorando em Enfermagem

Anexo VII– Certificado de participação no Workshop “Drenagem Linfática”



## Certificado

Certifica-se que **Sara Isabel da Silva Paula Figueiredo**, nascida a 1981-05-28, de nacionalidade Portuguesa, portadora do Documento de Identificação nº 11661226, válido até 2015-09-23, participou no **Workshop "Drenagem linfática"**, realizado no dia 28 de março de 2014, com a duração total de 2 horas, no âmbito do **Congresso Internacional de Enfermagem de Reabilitação**, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Coimbra, 28 de março de 2014

A Comissão Organizadora

A Presidente da ESEnC

Maria da Conceição Saraiva da Silva Costa Bento

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - Rua 5 de Outubro ou Avenida Bissaya Barreto Apartado 7001 - 3046-851 COIMBRA - NIF 600081583  
Certificado nº C001746-128/2014



Unidade Científico-Pedagógica  
de Enfermagem de Reabilitação



## PROGRAMA

### Drenagem linfática

#### Programa:

- Conceito
- Benefícios
- Técnica
- Prática (com utente)

#### Duração:

- 2 horas

#### Informações do formador:

- **Florbel Maria Marques Caniceiro Paiva**
- Licenciada em Enfermagem
- Especialista em Enfermagem de Reabilitação

Apêndice I – Projeto de Formação – A PESSOA COM DOENÇA PULMONAR  
OBSTRUTIVA CRÓNICA SUBMETIDA A VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA:  
Intervenções do Enfermeiro Especialista em Reabilitação  
Promotoras da Adesão ao Regime Terapêutico

## Projeto de Estágio

O presente capítulo destina-se à planificação do estágio do 3<sup>a</sup> semestre do Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação. Serão apresentados os objectivos que pretendo alcançar, bem como as atividades a realizar, recursos necessários á sua execução e indicadores e critérios de avaliação das mesmas.

### Objetivos de Estágio

Para este projeto de formação foram delineados os objetivos gerais e específicos apresentados seguidamente no quadro 2.

Quadro 2. Objetivos gerais e específicos do projeto de formação

OBJETIVO GERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
<b>1. Desenvolver competências do EEER ao nível científico, humano e técnico na assistência diferenciada a doentes com DPOC submetidos a VNI e seus cuidadores, na maximização da sua saúde, promovendo a adesão ao regime terapêutico</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Aprofundar conhecimentos teórico-práticos relacionados com os cuidados prestados pelo EEER à pessoa com DPOC submetida a VNI</li><li>2. Avaliar a capacidade para o autocuidado do doente e cuidador</li><li>3. Avaliar o nível de adesão ao regime terapêutico da pessoa com DPOC submetida à VNI</li><li>4. Identificar os principais fatores de não adesão da pessoa com DPOC à VNI</li><li>5. Implementar planos de ação, promotores da adesão terapêutica da pessoa com DPOC, à VNI</li><li>6. Prestar cuidados ao nível da Reabilitação Respiratória, a pessoas com DPOC submetidas a VNI, tendo em vista a promoção do autocuidado</li><li>7. Promover a continuidade de cuidados ao doente com DPOC submetido a VNI, após a alta</li></ol>

Tendo em vista a aquisição de competências específicas do EEER foram delineados de forma sucinta objetivos gerais e específicos, relacionados com o estágio de menor duração e expressos no quadro 3.

Quadro 3. Objetivos gerais e específicos do estágio de menor duração

OBJETIVOS GERAIS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
<b>2. Desenvolver competências do EEER ao nível científico, humano e técnico na assistência diferenciada a pessoas com alterações sensório-motoras, de eliminação e da sexualidades e seus cuidadores, na maximização da sua saúde, desenvolvendo a sua capacidade de autocuidado</b>	<p>1. Aprofundar conhecimentos teórico-práticos relacionados com os cuidados prestados pelo EEER à pessoa com Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Lesão Vertebral Medular (LVM)</p> <p>2. Avaliar a capacidade para o autocuidado do doente e cuidador</p> <p>3. Prestar cuidados de reabilitação a pessoas com alterações sensório-motoras, de eliminação e da sexualidade que tenham sofrido Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou Lesão Vértebro-medular (LVM), tendo em vista a promoção do autocuidado</p> <p>4. Promover a continuidade de cuidados a estes doentes, após a alta</p>

### Campos de Estágio

Irei desenvolver o meu projeto de formação na Unidade de Insuficiência Respiratória (UIR) e no Hospital de Dia/Visitação domiciliária (HD) [REDACTED] de Outubro a Dezembro de 2013, durante 12 semanas. O cronograma dos locais de estágio está disponível no apêndice I.

De acordo com as entrevistas realizadas às enfermeiras chefes e à enfermeira especialista (ver guiões no apêndice II), apresentarei nos quadros 4 e 5, os motivos da pertinência dos locais de estágio para a concretização dos meus objetivos.

Quadro 4. Pertinência dos locais de estágio – Unidade de Insuficiência Respiratória

Unidade de Insuficiência Respiratória
<p>A DPOC, nos diversos estádios da doença, corresponde a 90% dos motivos de internamentos.</p> <p>Existem 3 EEER que prestam cuidados globais aos doentes, dando ênfase à intervenção especializada nas áreas respiratória e motora. A atribuição dos doentes, pelos EEER, depende da avaliação prévia das suas necessidades de reabilitação.</p> <p>Toda a equipa multidisciplinar apresenta grande empenho na melhoria dos cuidados prestados, existindo grupos de trabalho sobre várias temáticas, nomeadamente, sobre a VNI.</p>

---

#### Unidade de Insuficiência Respiratória (cont)

Foi elaborado um manual sobre VNI, que aguarda publicação.

O investimento nesta área permitiu a aquisição de interfaces mais adequados.

A alteração de procedimentos conduziu a uma redução substancial das complicações, em especial das úlceras de pressão da pirâmide nasal, e à melhoria das taxas de adesão ao tratamento.

O cuidador é parte integrante do processo de reabilitação sendo convidado a participar nos cuidados.

Os registos das intervenções de enfermagem são realizados informaticamente recorrendo à linguagem preconizada pela CIPE®, estando em processo de criação e adaptação domínios específicos na área da enfermagem de reabilitação.

É realizado o encaminhamento para o Hospital de Dia (caso necessário), para as unidades de saúde na comunidade bem como para as instituições de acolhimento (se esse for o caso).

---

#### Quadro 5. Pertinência dos locais de estágio – Hospital de Dia

---

##### Hospital de Dia

O encaminhamento de doente nos estadios iniciais de doença é cada vez mais frequente.

O objetivo é evitar a evolução da doença, prevenindo agudizações, promovendo a evicção tabágica e implementar estratégias de adesão à terapêutica, nomeadamente, à VNI.

Existem 1 EEER que assume também funções de gestão.

Existe uma consulta específica para doentes submetidos a VNI. É realizada a avaliação da condição de saúde, complicações decorrentes da VNI, adesão terapêutica. É administrada VNI no intuito de ajustar parâmetros e corrigir os valores gasométricos.

Existe uma consulta de enfermagem autónoma a doentes que, apesar de não apresentarem critérios de inclusão no hospital de dia, necessitem de um apoio pontual. O principal objetivo é o ensino acompanhamento do doente e família, tendo em vista a promoção da adesão terapêutica.

Está a ser elaborada uma *check-list* para padronização da consulta não presencial realizada por telefone.

A visita domiciliária é realizada 3 vezes por semana. O Objetivo é verificar a situação de saúde dos doentes, bem como as condições que possam por em causa a adesão terapêutica.

A formação de toda a equipa é um aspeto valorizado neste serviço tendo em vista a uniformização de procedimentos e a melhoria dos cuidados prestados.

O registo das intervenções de enfermagem tem por base a linguagem CIPE® adaptada ao ambulatório, sendo criados planos de ensino.

---

Para a aquisição de competências do EEER relacionadas com a área sensório-motora e de eliminação, irei realizar o estágio no Serviço de Medicina Física e Reabilitação do [REDACTED] durante 6 semanas entre Janeiro e Fevereiro de 2014 (ver apêndice VIII). Os motivos da pertinência deste local de estágio para a concretização dos meus objetivos estão apresentados no quadro 6.



## Quadro 6. Pertinência dos locais de estágio – Serviço de Medicina Física e Reabilitação

Serviço de Medicina Física e Reabilitação
Os tipos de patologias mais frequentes são o AVC e a LVM.
Existem 2 EEER que prestam cuidados globais aos doentes. A atribuição destes, pelos EEER, depende da avaliação prévia das suas necessidades de reabilitação..
O objetivo das intervenções de enfermagem é desenvolver o máximo potencial do indivíduo, para a aquisição de competências e autonomia necessárias ao seu autocuidado e à realização das AVD.
A consulta de reabilitação do pavimento pélvico para doentes submetidos a prostatectomia radical e que sofram de urgência e incontinência urinária e de sexualidade, realizadas pela EEER.
A participação do cuidador é considerado de extrema importância e estimulada.
Estão em curso formações ao nível a equipa multidisciplinar sobre: lesões músculo-esqueléticas, plano inclinados e ortostatismo nas LVM, e estratégias de comunicação em doentes com afasia. Foi realizado um livro sobre o AVC e está em curso a sistematização da informação relativa às LVM e a disreflexia autónoma.
Aquando a alta do doente é realizado um contacto prévio para o respetivo Centro de Saúde. São também contactados as empresas fornecedoras de produtos de apoio que eventualmente o doente precise

## Planeamento das Atividades

De seguida serão apresentadas as atividades planeadas, recursos, indicadores e critérios de avaliação utilizados, tendo em vista a concretização do objetivos específicos do projeto e a aquisição das competências gerais do enfermeiro especialista e específicas do EEER. Serão apresentados em forma de quadro. O cronograma relativo aos objetivos de estágio encontra-se no apêndice III.

## Quadro 7. Planeamento de atividades relativas ao 1º objetivo específico

<b>Objetivo 1.1. Aprofundar conhecimentos teórico-práticos relacionados com os cuidados prestados pelo EEER à pessoa com DPOC submetida a VNI</b>
<i>Competências: A1 - Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção. B1.2 - Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática. D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. J1 - Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos de prática de cuidados.</i>
<b>Atividades/Estratégias a desenvolver</b>
Pesquisa de evidência científica, limitada aos últimos 10 anos, que sustentará as opções ao longo do processo de cuidados;
Participação em ação de formação sobre VNI, realizada por enfermeiros na UIR;
Observação participativa dos cuidados prestados pelo EEER à pessoa com DPOC submetida a VNI;
Realização, se oportuno, de sessão formativa dirigida à equipa de enfermagem, com bases nas necessidades formativas identificadas;
Mobilização dos conhecimentos adquiridos na prestação de cuidados, tendo em vista a promoção da adesão terapêutica à VNI.



**Objetivo 1.1. Aprofundar conhecimentos teórico-práticos relacionados com os cuidados prestados pelo EEER à pessoa com DPOC submetida a VNI**

(continuação)

Recursos Utilizados	Indicadores/Critérios de Avaliação
<p><u>Humanos:</u> Professora Orientadora; Enfermeiros preletores da ação de formação sobre VNI; EEER dos serviços; Restantes elementos da equipa multidisciplinar</p> <p><u>Materiais:</u> Base de dados electrónica EBSCO, em particular a CINAHL Plus with Full Text e MEDLINE with Full Text; Bibliografia relacionada com a temática</p> <p><u>Físicos:</u> Biblioteca da ESEL; UIR; HD</p>	<p><u>Indicadores:</u> Ter realizado pesquisa de evidência científica sobre a temática; Ter participado em ação de formação sobre VNI (realizada a 4/6/13); Ter realizado observação participativa dos cuidados prestados pelo EEER; Ter realizado, se oportuno, sessão formativa (na UIR ou no HD); Ter mobilizado os conhecimentos adquiridos na prestação de cuidados, tendo em vista a promoção da adesão terapêutica à VNI.</p> <p><u>Critérios:</u> De que modo as atividades desenvolvidas foram importantes para o aprofundar de conhecimentos teórico-práticos relacionados com os cuidados prestados pelo EEER à pessoa com DPOC submetida a VNI? Demonstra conhecimentos teórico-práticos na prestação de cuidados à pessoa com DPOC submetida a VNI? Reflete na importância das atividades/estratégias desenvolvidas para alcançar os objetivos propostos, elaborando diários de aprendizagem? Assume um papel ativo na formação pessoal e estimula a discussão de experiências e conhecimentos no seio da equipa de cuidados?</p>

**Quadro 8. Planeamento de atividades relativas ao 2º objetivo específico**

**1.2. Avaliar a capacidade para o autocuidado do doente e cuidador**

*Competências: D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. J1.1 - Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades.*

**Atividades/**

Mobilização da Teoria Enfermagem do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem;  
Identificação do agente de autocuidado;  
Avaliação da capacidade funcional da pessoa para realizar as AVD de forma independente  
Avaliação dos fatores condicionantes que inibem ou facilitam a realização do autocuidado;  
Identificação dos requisitos de autocuidado, nomeadamente os de desvio de saúde, que estão satisfeitos ou em défice nos doentes/cuidadores alvo de cuidados;  
Identificação e implementação de intervenções do EEER (de acordo com a Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Orem) que permitam restabelecer a capacidade de autocuidado.

Recursos Utilizados	Indicadores/Critérios de Avaliação
<p><u>Humanos:</u> EEER; doentes/cuidadores</p> <p><u>Materiais:</u> Bibliografia relacionada com a Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado de Orem</p> <p><u>Físicos:</u> Biblioteca da ESEL; UIR; HD</p> <p><u>Temporais:</u> Ver cronograma 2</p>	<p><u>Indicadores:</u> Ter identificado, nos doentes/cuidadores alvo de cuidados, quem é o agente de autocuidado; quais os requisitos de autocuidado satisfeitos ou em défice; Ter avaliado a capacidade funcional da pessoa para realizar as AVD de forma independente e quais os fatores condicionantes do autocuidado; Ter identificados e implementado as intervenções do EEER que permitiram restabelecer a capacidade de autocuidado.</p> <p><u>Critérios:</u> De que forma mobilizou os conceitos fundamentais da teoria de enfermagem de Orem de forma a prestar cuidados promotores do autocuidado; Adequou as suas intervenções de acordo com os défices de autocuidado encontrados no doente/cuidador? Reflete na importância das atividades/estratégias desenvolvidas para alcançar os objetivos propostos, elaborando diários de aprendizagem?</p>

### Quadro 9. Planeamento de atividades relativas ao 3º objetivo específico

<b>1.3. Avaliar o nível de adesão ao regime terapêutico da pessoa com DPOC submetida à VNI</b>	
<i>Competências: J1.2 - Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades</i>	
<b>Atividades/Estratégias a desenvolver</b>	
<p>Avaliação da capacidade cognitiva, funcional e motivacional para a adesão à VNI;</p> <p>Identificação das necessidades de conhecimento, dos doentes com DPOC, sobre a VNI;</p> <p>Observação dos registos fornecidos pelos ventiladores domiciliários, relativamente ao número de horas de utilização e parâmetro instituídos;</p> <p>Comparação dos registos do ventiladores, com a informação fornecida pelo doente sobre a adesão ao tratamento e com a prescrição médica;</p> <p>Comparação dos resultados obtidos, em termos de níveis de adesão, com os dados da literatura científica sobre este tema.</p>	
<b>Recursos Utilizados</b>	<b>Indicadores/Critérios de Avaliação</b>
<p><u>Humanos:</u> doentes/cuidadores</p> <p><u>Materiais:</u> Ventiladores; Base de dados electrónica EBSCO, em particular a CINAHL <i>Plus with Full Text</i> e MEDLINE <i>with Full Text</i>;</p> <p><u>Físicos:</u> HD; Domicílio dos doentes;</p> <p><u>Temporais:</u> Ver cronograma 3</p>	<p><u>Indicadores:</u> Ter realizado a avaliação da capacidade cognitiva, funcional e motivacional para a adesão à VNI; Ter identificado as necessidades de conhecimento sobre VNI; Ter observado os registos fornecidos pelos ventiladores domiciliários, Ter comparado os registos do ventiladores, com a informação fornecida pelo doente sobre a adesão ao tratamento e com a prescrição médica; Ter comparado os resultados obtidos, em termos de níveis de adesão, com os dados da literatura científica sobre este tema.</p> <p><u>Critérios:</u> De que forma as atividades desenvolvidas permitiram avaliar o nível de adesão terapêutica, dos doentes com DPOC, à VNI? De que forma a avaliação inicial das capacidades e necessidades destes doentes, contribui para a interpretação dos dados obtidos?</p>

### Quadro 10. Planeamento de atividades relativas ao 4º objetivo específico

<b>1.4. Identificar os principais fatores de não adesão da pessoa com DPOC à VNI</b>	
<i>Competências: J1.2 - Avalia a funcionalidade e diagnostica alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades.</i>	
<b>Atividades/Estratégias a desenvolver</b>	
<p>Elaboração de uma check-list com os principais motivos de não adesão à VNI descritos na literatura científica;</p> <p>Realização de entrevistas informais aos doentes, para saber as suas principais dificuldades na administração da VNI e os entraves encontrados para a adesão;</p> <p>Promoção de um ambiente favorável à expressão de sentimentos e opiniões;</p> <p>Comparação dos resultados das entrevistas informais com a check-list.</p>	
<b>Recursos Utilizados</b>	<b>Indicadores/Critérios de Avaliação</b>
<p><u>Humanos:</u> doentes/cuidadores</p> <p><u>Materiais:</u> Base de dados electrónica EBSCO, em particular a CINAHL <i>Plus with Full Text</i> e MEDLINE <i>with Full Text</i>;</p> <p><u>Físicos:</u> HD; UIR Domicílio dos doentes;</p> <p><u>Temporais:</u> Ver cronograma 4</p>	<p><u>Indicadores:</u> Ter elaborado uma check-list com os principais motivos de não adesão à VNI descritos na literatura científica; Ter realizado entrevistas informais; Ter promovido um ambiente favorável à expressão de sentimentos e opiniões Ter comparado os resultados das entrevistas com a check-list.</p> <p><u>Critérios:</u> De que forma as atividades desenvolvidas permitiram identificar os fatores de não adesão dos doentes com DPOC à VNI? O doente conseguiu verbalizar os seus sentimentos, preocupações e motivos de não adesão?</p>

## Quadro 11. Planeamento de atividades relativas ao 5º objetivo específico

<b>1.5. Implementar planos de ação, promotores da adesão terapêutica da pessoa com DPOC, à VNI</b>	
<p><i>Competência: B2 - Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade. J1 - Cuida de pessoas com necessidade especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados. J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania. J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</i></p>	
<b>Atividades/Estratégias a desenvolver</b>	
<p>Realização de colheita de dados à pessoa DPOC submetida a VNI, através de instrumento próprio;</p> <p>Identificação das necessidades de conhecimento sobre a VNI;</p> <p>Sensibilização para a importância da adesão terapêutica;</p> <p>Alerta para as potenciais consequências da não adesão à VNI</p> <p>Alerta para os possíveis efeitos colaterais da VNI;</p> <p>Ensino sobre montagem, parâmetros de teste, limpeza e manuseamento do equipamento;</p> <p>Promoção da participação ativa do doente na escolha do interface que melhor se adapte;</p> <p>Ensino de técnica e posições de relaxamento no início da adaptação do doente à VNI;</p> <p>Criação/adaptação de CD (“Para embalar adultos que dormem com ventilador” (Drummonds &amp; Sampaio, 2012) com músicas indutoras de relaxamento de acordo com as preferências do doente;</p> <p>Ensino sobre a importância do controlo da respiração e da dissociação dos tempos respiratórios, de modo a conseguir sincronizar a respiração com o ventilador;</p> <p>Ensino sobre técnicas de limpeza das vias aéreas e fluidificação das secreções;</p> <p>Adequação dos períodos de ventilação com as AVD, nos casos em que o doente para além de VNI noturna, necessitar de VNI diária;</p> <p>Ensino sobre o que fazer no caso do aparecimento de complicações da VNI (rush cutâneo, irritação ocular, entre outras;)</p> <p>Realização de um primeiro contacto entre o doente e a empresa fornecedora de equipamento, durante o internamento;</p> <p>Promoção de um ambiente favorável ao esclarecimento de dúvidas;</p> <p>Avaliação do contributo das intervenções implementadas para a adesão terapêutica à VNI;</p> <p>Realização de registos de enfermagem de reabilitação utilizando a linguagem CIPE® vigente nos serviços;</p>	
<b>Recursos</b>	<b>Indicadores/Critérios de Avaliação</b>
<p><u>Humanos:</u> EEER; Doentes/cuidadores</p> <p><u>Materiais:</u> Equipamento de VNI CD com músicas indutoras de relaxamento Dispositivos de ajuda para a limpeza de vias aéreas</p> <p><u>Humanos:</u> EEER; Doentes/cuidadores</p> <p><u>Físicos:</u> UIR; HD</p> <p><u>Temporais:</u> Ver cronograma 5</p>	<p><u>Indicadores:</u></p> <p>Ter realizado a colheita de dados;</p> <p>Ter avaliado as necessidades de conhecimento sobre a VNI;</p> <p>Ter alertado para a importância da aquisição de conhecimentos sobre a VNI e da adesão terapêutica;</p> <p>Ter realizado ensino sobre montagem, parâmetros de teste, limpeza e manuseamento do equipamento;</p> <p>Ter promovido a participação ativa do doente na escolha do interface;</p> <p>Ter ensinado técnica e posições de relaxamento no início da adaptação do doente à VNI;</p> <p>Ter criado/adaptado CD com músicas indutoras de relaxamento de acordo com as preferências do doente;</p> <p>Ter realizado ensinamentos sobre a importância do controlo da respiração e da dissociação dos tempos respiratórios;</p> <p>Ter realizado ensinamentos sobre técnicas de limpeza das vias aéreas e fluidificação das secreções;</p> <p>Ter adequado os períodos de ventilação com as AVD;</p> <p>Ter realizado ensino sobre como prevenir e tratar possíveis complicações;</p> <p>Ter proporcionado um primeiro contacto entre o doente e a empresa fornecedora de equipamento, durante o internamento;</p> <p>Ter demonstrado disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas;</p> <p>Ter efetuado registos de enfermagem de reabilitação.</p> <p><u>Critérios:</u></p> <p>De que modo as atividades/estratégias desenvolvidas foram promotoras da adesão terapêutica dos doentes com DPOC à VNI?</p>

### 1.5. Implementar planos de ação, promotores da adesão terapêutica da pessoa com DPOC, à VNI

(continuação)	
Recursos	Indicadores/Critérios de Avaliação
	<p><u>Critérios:</u></p> <p>O doente apresentou níveis de adesão terapêutica adequados, relativamente à terapêutica inalatória; OLD e VNI?</p> <p>O doente foi capaz de verbalizar dúvidas ou inquietações?</p> <p>De que modo os registos elaborados expressam as intervenções realizadas e os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação?</p> <p>De que modo as atividades/estratégias desenvolvidas revelam a importância das intervenções do EEER na promoção da adesão terapêutica à VNI, dos doentes com DPOC?</p> <p>Reflete na importância das atividades/estratégias desenvolvidas para alcançar os objetivos propostos, elaborando diários de aprendizagem?</p>

### Quadro 12. Planeamento de atividades relativas ao 6º objetivo específico

#### 1.6. Prestar cuidados ao nível da Reabilitação Respiratória, a pessoas com DPOC, tendo em vista a promoção do autocuidado

*Competências: C1 - Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar. J1 - Cuida de pessoas com necessidade especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados. J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania. J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.*

##### Atividades/Estratégias a desenvolver

Prestação de cuidados ao nível da Reabilitação Respiratória, tendo por base o conhecimento científico produzido;

Aperfeiçoamento de conhecimentos teórico-práticos, no que diz respeito, à auscultação pulmonar, à observação e interpretação imagiológica;

Utilização de instrumentos de medida adequados para a avaliação da situação do doente (escalas de avaliação da dispneia, escalas de avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão);

Aplicação dos 5 métodos de intervenção preconizados por Orem adequando-os à situação do doente/cuidador;

Aplicação da teoria dos sistemas de enfermagem de Orem à prática de cuidados, de acordo com o défice de autocuidado existente;

Inclusão ativa do doente e cuidador no processo de cuidados;

Implementação de planos de reabilitação tendo em vista os objetivos e a capacidade do doente/cuidador;

Realização de reeducação funcional respiratória através de: técnicas de relaxamento; exercícios de reeducação abdomino-diafragmática e costal global e seletiva; exercícios de melhoria da performance dos músculos respiratórios, recorrendo ao espirómetro de incentivo; exercício de controlo da respiração, em repouso e na marcha; técnicas de correção postural e técnicas para a eliminação de secreções (manobras acessórias, drenagem postural, in-exsufador mecânico);

Realização de treino de exercício recorrendo a dispositivos como halteres, entre outros;

Optimização da terapêutica inalatória, através do reforço de informação sobre a correta administração, de modo a promover a adesão terapêutica;

Ensino sobre oxigenoterapia e ventilação não invasiva nos diversos contextos de cuidados;

Ensino sobre estratégias de gestão do esforço e poupança de energia de modo a promover o autocuidado;

Elaboração e implementação de um plano alimentar adequado, recorrendo à dietista da UIR;

Articulação com fisioterapeutas de modo a proporcionar um acompanhamento global ao doente;

Proporcionar apoio psicológico promovendo a articulação com o psicólogo dos serviços;

Monitorização da implementação do programa concebido;

## 1.6. Prestar cuidados ao nível da Reabilitação Respiratória, a pessoas com DPOC, tendo em vista a promoção do autocuidado

(continuação)

### Atividades/Estratégias a desenvolver

Monitorização dos resultados das intervenções implementadas em função dos objetivos definidos com a pessoa;

Realização de registos de enfermagem de reabilitação utilizando a linguagem CIPE® vigente nos serviços;

Realização, se oportuno, de sessão de educação para a saúde, em contexto de HD – tema a designar;

Elaboração, se oportuno, de folheto informativo, em contexto de HD – tema a designar.

### Recursos Utilizados

#### Humanos:

EEER;

Elementos da equipa multidisciplinar; doentes/cuidadores

#### Materiais:

Dispositivos utilizados na Reabilitação Respiratória (espirómetro de incentivo; in-exsuflador mecânico, alteres) Equipamento de administração de Oxigénio e de VNI

Instrumento de colheita de dados

Processo clínico do doente;

Instrumento de medida vários;

#### Materiais (cont):

Base de dados electrónica EBSCO, em particular a CINAHL *Plus with Full Text* e MEDLINE *with Full Text*; Bibliografia relacionada com a DPOC; Bibliografia relacionada com a Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado de Orem; Computador

#### Físicos:

UIR;

HD

Domicílio dos doentes

Temporais: Ver cronograma 6

### Indicadores/Critérios de Avaliação

#### Indicadores:

Ter prestado cuidados ao nível da Reabilitação Respiratória;

Ter aprofundado conhecimentos teórico-prático relativos à auscultação pulmonar, à observação e interpretação imagiológica;

Ter realizado avaliação inicial do doente recorrendo a instrumentos de medida adequados;

Ter aplicado os 5 métodos de intervenção preconizados por Orem;

Ter aplicado da teoria dos sistemas de enfermagem de Orem à prática de cuidados, de acordo com o défice de autocuidado existente;

Ter promovido a participação ativa do doente/cuidador no plano de cuidados;

Ter implementado planos de reabilitação;

Ter realizado reeducação funcional respiratória;

Ter realizado treino de exercício;

Ter melhorado os níveis de adesão à terapêutica;

Ter realizado ensinamentos sobre oxigenoterapia e ventilação não invasiva nos diversos contextos de cuidados;

Ter realizado ensino sobre estratégias de gestão do esforço e poupança de energia de modo a promover o autocuidado;

Ter estabelecido parcerias com os restantes elementos da equipa multidisciplinar (fisioterapeuta, dietista, psicólogo, entre outros);

Ter implementado um plano alimentar adequado;

Ter proporcionado apoio psicológico;

Ter realizado a monitorização da implementação dos programas concebidos;

Ter realizado a monitorização dos resultados das intervenções implementadas, em função dos objetivos definidos com a pessoa;

Ter efetuado registos de enfermagem de reabilitação;

Ter realizado, se oportuno, 1 sessão de educação para a saúde, em contexto de HD;

Ter elaborado, se oportuno, 1 folheto informativo, em contexto de HD.

#### Critérios:

O doente teve um papel ativo no planeamento dos cuidados?

O doente apresentou níveis de adesão terapêutica adequados, relativamente à terapêutica inalatória; OLD e VNI?

De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para prestação de cuidados ao nível da reabilitação respiratória à pessoa com DPOC, tendo em vista a promoção do seu autocuidado e maximização da sua capacidade funcional?

De que modo os registos elaborados expressam as intervenções realizadas e os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação?

De que modo as atividades planeadas permitiram o desenvolvimento de competências de EEER, na execução da reabilitação respiratória à pessoa DPOC e cuidador?

Reflete na importância das atividades/estratégias desenvolvidas para alcançar os objetivos propostos, elaborando diários de aprendizagem?

### Quadro 13. Planeamento de atividades relativas ao 7º objetivo específico

1.7. Promover a continuidade de cuidados, ao doente com DPOC submetido a VNI, após a alta, tendo em vista o autocuidado e adesão terapêutica	
<p><i>Competências: J1 Cuida de pessoas com necessidade especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados J2 Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania. J3 Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.</i></p>	
Atividades/Estratégias a desenvolver	
<p>Identificação das intervenções do EEER promotoras da adesão terapêutica à VNI, em contexto hospitalar e domiciliário;</p> <p>Prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação promovendo o autocuidado e a adesão terapêutica, tendo em vista o regresso a casa;</p> <p>Avaliação das necessidades de continuidade de cuidados, para articulação com a comunidade com vista à reinserção comunitária;</p> <p>Informação sobre o equipamento domiciliário de VNI e respetivas empresas fornecedoras;</p> <p>Informação sobre direitos do doente, nomeadamente, ao nível da comparticipação do equipamento de OLD e VNI, pelo estado e empresas fornecedoras;</p> <p>Contacto com a empresa fornecedora de equipamento para fornecimento e instalação do mesmo, em tempo útil;</p> <p>Referenciação ao Hospital de Dia do HPV e aos cuidados de saúde da comunidade, através de contacto telefónico e envio de carta de alta/transferência existente na UIR;</p> <p>Realização de consulta autónoma de enfermagem, em contexto de Hospital de Dia, tendo em vista o apoio a doentes que não apresentem critérios de inclusão no HD;</p> <p>Realização de consulta de VNI em contexto de HD;</p> <p>Elaboração de um folheto informativo sobre VNI, em contexto de HD;</p> <p>Realização de visita domiciliar..</p>	
Recursos	Indicadores/Critérios de Avaliação
<p><u>Humanos:</u></p> <p>EEER da UIR e HD;</p> <p>Restantes enfermeiros dos serviços;</p> <p>Enfermeiros prestadores de cuidados na comunidade</p> <p>Empresa fornecedora do equipamento de VNI</p> <p>Doentes/cuidadores</p> <p><u>Materiais:</u></p> <p>Carta de alta/transferência;</p> <p>Telefone;</p> <p>Legislação sobre comparticipação dos cuidados respiratórios domiciliários Caderno de Encargos do Concurso Público de Aprovisionamento (2008/100)</p> <p><u>Físicos:</u></p> <p>UIR;</p> <p>HD;</p> <p>Temporais Ver cronograma 7</p>	<p><u>Indicadores:</u></p> <p>Ter identificado pelo menos 5 intervenções do EEER promotoras da adesão terapêutica à VNI, em contexto hospitalar e domiciliário;</p> <p>Ter prestado de cuidados de enfermagem de reabilitação promovendo o autocuidado e a adesão terapêutica e tendo em vista o regresso a casa;</p> <p>Ter avaliado as necessidades de continuidade de cuidados, para articulação com a comunidade com vista à reinserção comunitária;</p> <p>Ter informado sobre o equipamento domiciliário de VNI e respetivas empresas fornecedoras;</p> <p>Ter informado a pessoa e cuidador sobre os seus direitos,;</p> <p>Ter contactado a empresa fornecedora de equipamento;</p> <p>Ter referenciado pelo menos 5 doentes, ao Hospital de Dia do HPV e aos cuidados de saúde da comunidade;</p> <p>Ter realizado pelo menos 1 consulta autónoma de enfermagem;</p> <p>Ter realizado pelo menos 2 consultas de VNI;</p> <p>Ter elaborado 1 folheto informativo sobre VNI;</p> <p>Ter realizado pelo menos 2 visitas domiciliárias.</p> <p><u>Critérios:</u></p> <p>De que modo as atividades/estratégias desenvolvidas foram fundamentais para promover a continuidade de cuidados, com vista à promoção do autocuidado e à adesão terapêutica?</p> <p>Em que medida a carta de alta/transferência contribuiu para a continuidade de cuidados?</p> <p>De que modo as atividades/estratégias desenvolvidas revelam a importância das intervenções do EEER na articulação com os recursos da comunidade, tendo em vista a continuidade de cuidados?</p> <p>Reflete na importância das atividades/estratégias desenvolvidas para alcançar os objetivos propostos, elaborando diários de aprendizagem?</p>



Quadro 14 - Planeamento de atividades relativas ao 2º objetivo geral a realizar no

**2. Desenvolver competências do EEER ao nível científico, humano e técnico na assistência diferenciada a pessoas com alterações sensório-motoras, de eliminação e da sexualidade e seus cuidadores, na maximização da sua saúde, desenvolvendo a sua capacidade de autocuidado**

*Competências:* J1 - Cuida de pessoas com necessidade especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados. J2 - Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e/ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania. J3 - Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

**Atividades/Estratégias a desenvolver**

Pesquisa de evidência científica, limitada aos últimos 10 anos, que sustentará as opções ao longo do processo de cuidados;  
 Observação participativa dos cuidados prestados pelo EEER a doentes com LVM e AVC;  
 Mobilização dos conhecimentos adquiridos na prestação de cuidados, tendo em vista a promoção do autocuidado;  
 Avaliação do risco de alteração da funcionalidade ao nível sensório-motor, da eliminação e da sexualidade, com recursos a instrumentos e escalas de avaliação adequados;  
 Implementação de planos de reabilitação tendo em vista os objetivos e a capacidade do doente/cuidador;  
 Inclusão ativa do doente e cuidador no processo de cuidados;  
 Ensino ao doente/cuidador dos posicionamentos corretos a adoptar;  
 Ensino ao doente/cuidador sobre cuidados relacionados com alterações da eliminação;  
 Ensino ao doente/cuidador com LVM sobre disreflexia autónoma;  
 Realização de treino de AVD, utilizando os produtos de apoio disponíveis e adequados,  
 Promoção de um ambiente promotor da expressão de sentimentos e dúvidas;  
 Articulação com fisioterapeutas de modo a proporcionar um acompanhamento global ao doente e a adequar as intervenções realizadas na enfermaria com as do ginásio;  
 Proporcionar apoio psicológico promovendo a articulação com o psicólogo dos serviços;  
 Monitorização dos resultados das intervenções implementadas em função dos objetivos definidos com a pessoa;  
 Realização de registos de enfermagem de reabilitação utilizando a linguagem CIPE® vigente nos serviços;  
 Participação, se possível, na elaboração do documento sobre disreflexia autónoma;  
 Avaliação das necessidades de continuidade de cuidados, para articulação com a comunidade com vista à reinserção comunitária;  
 Referenciação aos cuidados de saúde da comunidade, através de contacto telefónico e envio de carta de alta/transferência existente;  
 Participação na consulta de reabilitação do pavimento pélvico para doentes submetidos a prostatectomia radical e que sofram de urgência e incontinência urinária e de sexualidade;

**Recursos Utilizados**

Humanos:  
 EEER;  
 Elementos da equipa multidisciplinar;  
 doentes/cuidadores  
Materiais:  
 Produtos de apoio (cadeira de rodas, tábuas de transferência, talheres)  
 Instrumento de colheita de dados  
 Processo clínico do doente;  
 Instrumento de medida vários;  
 Base de dados electrónica EBSCO, em particular a CINAHL Plus with Full Text e MEDLINE with Full Text;Bibliografia relacionada com LVM e AVC;

**Indicadores/Critérios de Avaliação**

Indicadores:  
 Ter realizado pesquisa de evidência científica sobre a temática;  
 Ter realizado observação participativa dos cuidados prestados pelo EEER;  
 Ter mobilizado os conhecimentos adquiridos na prestação de cuidados, tendo em vista a promoção do autocuidado;  
 Ter realizado avaliação inicial global do doente, com recursos a instrumentos e escalas de avaliação adequados;  
 Ter implementado planos de reabilitação tendo em vista os objetivos e a capacidade do doente/cuidador;  
 Ter possibilitado a participação ativa do doente e cuidador;  
 Ter realizado ensino doente/cuidador sobre posicionamentos corretos a adoptar, cuidados relacionados com alterações da eliminação, disreflexia autónoma;  
 Ter realizado treino de AVD, utilizando os produtos de apoio disponíveis e adequados,

**2. Desenvolver competências do EEER ao nível científico, humano e técnico na assistência diferenciada a pessoas com alterações sensório-motoras, de eliminação e da sexualidade e seus cuidadores, na maximização da sua saúde, desenvolvendo a sua capacidade de autocuidado**

(continuação)

Recursos Utilizados	Indicadores/Critérios de Avaliação
<p><u>Físicos:</u> SMFR <u>Temporais:</u> Ver cronograma 8</p>	<p><u>Indicadores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ter estabelecido parcerias com os restantes elementos da equipa multidisciplinar (fisioterapeuta, dietista, psicólogo, entre outros;</li> <li>Ter avaliado o resultado das intervenções implementadas em função dos objetivos definidos com a pessoa;</li> <li>Ter elaborado registos de enfermagem de reabilitação adequados;</li> <li>Ter participado, se possível, na elaboração do documento sobre disreflexia autónoma;</li> <li>Ter promovido a articulação com os recursos da comunidade de acordo com as necessidades dos doentes;</li> <li>Ter participado na consulta de reabilitação do pavimento pélvico para doentes submetidos a prostatectomia radical e que sofram de urgência e incontinência urinária e de sexualidade.</li> </ul> <p><u>Critérios:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>O doente teve um papel ativo no planeamento dos cuidados?</li> <li>De que modo as atividades planeadas e desenvolvidas foram fundamentais para prestação de cuidados de reabilitação, tendo em vista a promoção do seu autocuidado e maximização da sua capacidade funcional?</li> <li>De que modo os registos elaborados expressam as intervenções realizadas e os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação?</li> <li>De que modo as atividades/estratégias desenvolvidas revelam a importância das intervenções do EEER na articulação com os recursos da comunidade, tendo em vista a continuidade de cuidados?</li> <li>Reflete na importância das atividades/estratégias desenvolvidas para alcançar os objetivos propostos, elaborando diários de aprendizagem?</li> </ul>



### Cronograma da distribuição dos locais de estágio

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Unidade de Insuficiência Respiratória	■	■	■	■	■	■	■	■										
Hospital de Dia									■	■								
Visitação Domiciliária											■	■						
Serviço de Medicina Física e Reabilitação													■	■	■	■	■	■

### Cronograma da distribuição dos objetivos de estágio por semanas

Distribuição dos objetivos de estágio por semanas																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Objetivo 1.1																		
Objetivo 1.2																		
Objetivo 1.3																		
Objetivo 1.4																		
Objetivo 1.5																		
Objetivo 1.6																		
Objetivo 1.7																		
Objetivo 2.1																		
Objetivo 2.2																		
Objetivo 2.3																		
Objetivo 2.4																		
Elaboração do relatório de estágio																		

## Apêndice II – Check-list dos fatores que influenciam a adesão à VNI

### Check-list dos fatores que influenciam a adesão à VNI

Fatores que influenciam a adesão à VNI		
EQUIPAMENTO	Dificuldade na compreensão sobre a utilização/manutenção/limpeza do mesmo	
INTERFACE	Sensação de claustrofobia	
	Dor	
	Lesões da pele	
FLUXO de AR	Sensação de secura das mucosas	
	Irritação ocular	
	Ruído	

### Apêndice III– Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação



4º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

## 4º PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Local de Estágio:

[REDACTED]

[REDACTED]

Enfermeiro Orientador:

[REDACTED]

Professora Orientadora: Cristina Saraiva

Discente: Sara Figueiredo

Janeiro

2014

## 1. IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

<b>Nome:</b> S.A.		
<b>Género:</b> Feminino	<b>Raça:</b> Leucodérmica	<b>Idade:</b> 36 anos
<b>Estado civil:</b> Casada	<b>Habilitações Literárias:</b> 12º ano <b>Profissão:</b> Assistente Administrativa	<b>Residência:</b> Lisboa
<b>Agregado familiar:</b> Marido e filha adolescente		
<b>Condições Habitacionais:</b> Vive num 1º andar de um prédio com elevador, com rampa de acesso ao edifício. As portas do apartamento têm largura suficiente o que permite a mobilidade em cadeira de rodas. A S.A. está já a planear a realização de obras de transformação da banheira da casa-de-banho para poliban.		
<b>Suporte Familiar:</b> Os pais vivem na mesma rua que a doente. Durante o internamento e nas saídas ao fim-de-semana a mãe tem sido a sua cuidadora principal.		

## 2. MOTIVO DE INTERNAMENTO

Acidente Vascular Cerebral (AVC) isquémico com transformação hemorrágica por dissecação da artéria carótida direita. Status Pós-nefrectomia direita.

## 3. ANTECEDENTES PESSOAIS

Hipertensão Arterial (HTA)
Obesidade
Hábitos tabágicos – 2 maços de cigarros por dia
Desde 2009 foi submetida a 4 cirurgias urológicas por quisto coraliforme do rim direito. Em Junho de 2013 apresenta quadro de urosepsis. Nefrectomia direita a 20/9/2014 por carcinoma das pequenas células renais, variante multilocular quística, sem complicações imediatas.
Miopia – usa lentes de contacto que não corrigem totalmente a diminuição acentuada da acuidade visual
Independente nas atividades de vida diária (AVD)

## 4. ANTECEDENTES FAMILIARES

Pai hipertenso. Mãe hipertensa e diabética o avô paterno faleceu com patologia renal.

## 5. HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL

Dia 23/9/2013 (3 dias após a nefrectomia direita) verifica-se quadro de depressão do estado de consciência e instalação de hemiplegia esquerda.

Exame Complementar de Diagnóstico - RMN	
23/9/2013	“Oclusão-trombose da carótida interna direita extra/intracraniana e Artéria Cerebral Média (ACM) com enfarte cerebral envolvendo todo o território arterial sílvico desse lado, núcleo-basal córtico-subcortical temporal, frontal e parietal. Proeminente efeito de massa com colapso do ventrículo homolateral direito”.
25/9/2013	“Mantém extensa área de isquemia hemisférica direita aguda/subaguda do território da ACM direita, com ausência do fluxo da Artéria carótida direita. A extensão da lesão, molda o ventrículo lateral direito e condiciona ligeira herniação subfalcina”.
30/9/2013	“Extenso enfarte cerebral hemisférico direito em estágio subagudo hipertenso e ainda com restrição hídrica no estudo de difusão cerebral, secundário a oclusão da artéria proximal e distal da ADM direita – frontal/temporal/parietal e ainda núcleo-basal. Identificação de áreas profundas lesionais núcleo-basais nomeadamente cabeça do núcleo caudado e lenticulo-insulares evidenciando sequelas hiperinsular espontâneo traduzindo transformação hemorrágica”.

Durante o internamento na Unidade de Cuidados Intensivos necessitou de ventilação mecânica por pneumonia.

Foi admitida a 12/12/2013 no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação (SMFR) do HCC, CHLC, com o objetivo de intensificar o programa de reabilitação.

Durante o mês de internamento no SMFR tem evoluído positivamente na realização de algumas AVD (banho na cadeira, despir a parte superior do corpo), na realização das transferências cama/cadeira de rodas/sanita.

No início do internamento não apresentava controle de esfíncter vesical, o que se verifica atualmente.

Mantém hemiplegia esquerda.

Aos fins-de-semana tem ido a casa. Refere que tem corrido tudo bem, necessitando de bastante ajuda dos familiares em especial da mãe. Como intercorrências é de referir uma queda enquanto dormia e o facto de não ter tomado a medicação corretamente. Foi sugerido a colocação de proteções laterais na cama para evitar quedas. Relativamente à medicação, no fim-de-semana seguinte foi



individualizada a medicação por horário de administração e fornecida uma folha com esta informação sistematizada.

<b>Avaliação Neurológica dia 12/12</b> (de acordo com o processo clínico)	
<b>Linguagem</b>	“Discurso fluente, coerente, sem alterações da nomeação, repetição e compreensão
<b>Pares Craneanos</b>	Sem alterações
<b>Coordenação Motora</b>	Prova dedo nariz sem alterações (impossível de realizar à esquerda)
<b>Reflexos</b>	Osteotendinosos normais, simétricos sem clônus Reflexos Cutâneo-Plantares em flexão bilateral
<b>Tônus Muscular</b>	Sem alterações
<b>Força Muscular</b>	Sem alterações no hemicorpo direito. Esboça movimento de flexão da articulação coxo-femural esquerda
<b>Sensibilidade</b>	Apresenta alodínia no hemicorpo esquerdo. Sensibilidade postural – acerta 2/5 no hemicorpo esquerdo
<b>Equilíbrio</b>	Sentado estático razoável com apoio do membro superior direito Sentado dinâmico instável”
<b>Avaliação Funcional dia 12/12</b> (de acordo com o processo clínico)	
<b>MIF</b>	61/126. 26 motor. 35 cognitivo
<b>Índice de Barthel</b>	30/100

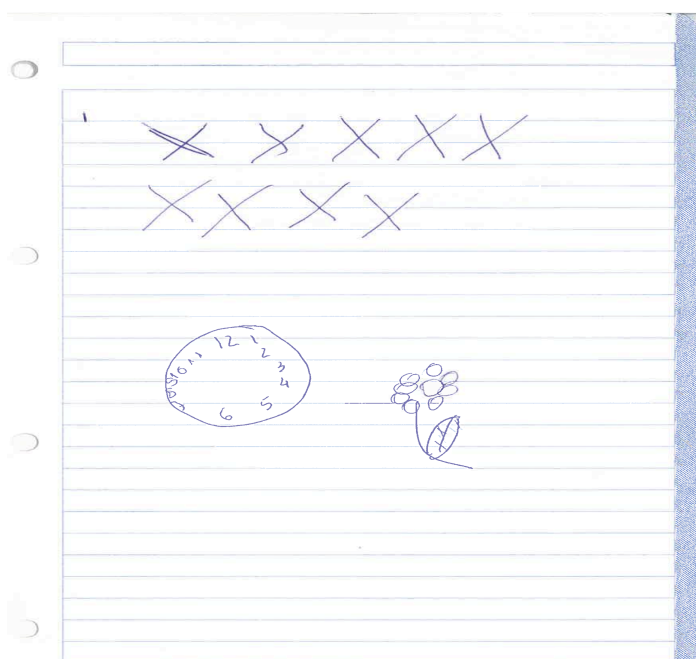
## 6. TERAPÊUTICA ATUAL

<b>Fármaco</b>	<b>Dose</b>	<b>Frequência</b>	<b>Via de Administração</b>
AAS	100 mg	1x dia	PO
Gabapentina	100 mg	3x dia	PO
Furosemida	40 mg	1x dia	PO
Espironalactona	25 mg	1x dia	PO
Diazepam	5 mg	1x dia	PO
Omeprazol	20 mg	1x dia	PO
Sinvastatina	20 mg	1x dia	PO
Buspirona	10 mg	8/8h	PO
Clonixidina	125 mg	SOS até 8/8h	PO
Paracetamol	1000 mg	SOS até 8/8h	PO
Captopril	25 mg	SOS até 8/8h	PO

## 7. AVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO – EEER (14/01)

<b>Estado Geral</b>	
<b>Pele e mucosas</b>	Mucosa coradas e hidratadas Apresenta foliculite na nádega esquerda com tumefacção rubor e dor, estando a ser aplicado pomada de ácido fusídico Apresenta cicatriz da nefrectomia na região dorsal direita
<b>Edemas</b>	Edema moderado da mão e pé esquerdos
<b>Inspeção estática do Tórax</b>	Tórax simétrico Apresenta depressão da escapulo-umeral esquerda
<b>Inspeção dinâmica do Tórax</b>	Movimentos torácicos simétricos Respiração torácica Frequência respiratória – 18 cpm
<b>Palpação do Tórax</b>	Vibrações vocais mantidas
<b>Auscultação do Tórax</b>	Murmúrio vesicular mantido bilateralmente. Sem presença de ruídos adventícios.
<b>Exame Objetivo do Abdómen</b>	Abdómen muito proeminente
<b>Continência de Esfíncteres</b>	Apresenta continência de esfíncter retal Durante o dia controla sempre o esfíncter vesical (usando apenas penso higiênico), no entanto no período noturno apresenta pelo menos uma vez perda de urina para a fralda.
Mantem alodinia no hemicorpo esquerdo	
Por vezes apresenta fasciculações no membro superior esquerdo que cedem ao toque	

<b>Estado Mental</b>	
Foi aplicado o Mini-Mental State examination – com um score total de 33/36 (anexo 1)	
<b>Estado de Consciência</b>	Consciente.
<b>Estado de Orientação</b>	Orientada auto e alopsiquicamente.
<b>Atenção</b>	Diminuição da concentração distraído-se por vezes com os estímulos externos.
<b>Memória</b>	Não apresenta alterações da memória imediata, recente e remota.
<b>Linguagem</b>	Não apresenta alterações do discurso espontâneo, da compreensão, da repetição, da leitura e da escrita
<b>Negligência Hemiespacial Unilateral</b>	Não apresenta neglet. Foi realizada a prova de barragem e a prova do desenho espontâneo (anexo II)
<b>Capacidades Práticas</b>	Executa gestos icónico, transitivos e intransitivos



Quero ir a casa  
no fim-de-semana.

<b>Pares Cranianos</b>	
<b>I - Olfativo</b>	Sem alterações, reconheceu o cheiro a canela e a caril.
<b>II – Óptico</b>	Sem alterações dos campos visuais.
<b>III - Motor Ocular Comum</b> <b>IV – Patético</b> <b>VI – Motor Ocular Externo</b>	Pupilas isocóricas e isorreactivas. Sem alteração da mobilidade de ambos os globos oculares. Realiza movimentos conjugados simétricos. Sem nistagmos. Sem ptose pálpebral.
<b>V – Trigémio</b>	Diminuição do reflexo córneo-pálpebral no olho direito. Sem alterações da sensibilidade superficial nos três ramos do nervo. Movimentos de mastigação simétricos.
<b>VII - Facial</b>	Sem assimetria facial Não foi realizado exame ao paladar nos 2/3 anteriores da língua, (no entanto a doente refere não sentir alterações a este nível quando come)
<b>VIII – Estado-acústico</b>	Sem alterações da acuidade auditiva. Teste de Weber - Positivo Teste de Rinne – Positivo
	Equilíbrio Sentado Estático – estável Equilíbrio Sentado Dinâmico – ligeira instabilidade Equilíbrio de Pé Estático – estável com apoio do membro superior direito Equilíbrio de Pé Dinâmico – instável Teste de Romberg - positivo
<b>IX – Glossofaríngeo</b>	Ao pedir para o doente dizer “ah” ocorre elevação do palato mole. Não foi realizado exame ao paladar no 1/3 posterior da língua, (no entanto a doente refere não sentir alterações a este nível quando come)
<b>X - Vago</b>	Reflexos do vômito e da tosse presentes. A doente não apresenta disfonia nem fadiga vocal.
<b>XI - Espinhal</b>	Não apresenta alterações da força muscular do esternocleidomastoideu. Apresenta diminuição da força do trapézio à esquerda.
<b>XII - Hipoglosso</b>	Não apresenta atrofia da língua. Sem alterações dos movimentos de propulsão antero-posterior da língua nem nos movimentos laterais. Sem desvio da úvula. Sem acumulação de saliva na fossa piriforme.

<b>Avaliação da Força Muscular</b> segundo a Escala de Lower (0-5)			
<b>Segmento corporal</b>	<b>Tipo de Movimento</b>	<b>Grau de Força</b>	
		<b>Hemicorpo Esquerdo</b>	<b>Hemicorpo Direito</b>
<b>Cabeça e Pescoço</b>	Flexão	5	5
	Extensão	5	5
	Rotação	5	5
	Flexão Lateral	5	5
<b>Dedos da Mão</b>	Flexão	0	5
	Extensão	0	5
	Adução	0	5
	Abdução	0	5
	Oponência Polegar	0	5
<b>Punho</b>	Flexão Palmar	0	5
	Dorsi-flexão	0	5
	Desvio Radial	0	5
	Circundação	0	5
<b>Art. Cotovelo</b>	Flexão	0	5
	Extensão	0	5
<b>Antebraço</b>	Pronação	0	5
	Supinação	0	5
<b>Art. Escapulo-Umeral</b>	Flexão	0	5
	Extensão	0	5
	Adução	0	5
	Abdução	0	5
	Rotação Interna	0	5
	Rotação Externa	0	5
<b>Dedos do Pé</b>	Flexão	0	5
	Extensão	0	5
	Adução	0	5
	Abdução	0	5
<b>Art. Tibio-társica</b>	Flexão Plantar	0	5
	Flexão Dorsal	0	5
	Inversão	0	5
	Eversão	0	5
<b>Art. Joelho</b>	Flexão	0	5
	Extensão	0	5
<b>Art. Coxo-femural</b>	Flexão	0	5
	Extensão	0	5
	Adução	2	5
	Abdução	2	5
	Rotação Interna	0	5
	Rotação Externa	0	5

<b>Avaliação do Tónus Muscular</b> segundo a Escala de Ashworth modificada
Apresenta espasticidade grau 1 à flexão do cotovelo esquerdo e à flexão do joelho esquerdo

<b>Avaliação da Coordenação Motora</b>	
<b>Prova Dedo-nariz</b>	Sem dismetria
<b>Prova Calcanhar Joelho</b>	Sem dismetria
<b>Prova da indicação de Barany</b>	Sem dismetria

<b>Avaliação da Sensibilidade</b>		
<b>Superficial</b>	<b>Táctil</b>	Apresenta anestesia táctil na mão esquerda. Nos restantes segmentos não apresenta alterações.
	<b>Térmica</b>	Em todo o membros inferior não consegue diferenciar a temperatura
	<b>Dolorosa</b>	Sem alterações em todos os segmentos corporais.
<b>Profunda</b>	<b>Postural</b>	Erra 4 em 5 questões
	<b>Vibratória</b>	Não foi avaliada
	<b>Astereognósica</b>	Reconheceu uma chave e uma caneta (2/2) com a mão direita. Não reconheceu os objetos colocados na mão esquerda
	<b>Gafestesia</b>	Reconheceu 3 de 5 números e letras escritos na palma da mão direita.

**Avaliação do Equilíbrio** – já referido anteriormente

**Avaliação da Marcha** – impossível de avaliar

<b>Avaliação Funcional (14/01)</b>	
MIF	74/126 (motor 39 + cognitivo 35)
Índice de Barthel	45/100

**Avaliação do Risco de Queda através da Escala de Morse - 75 Alto risco** (História de quedas – 25; Diagnóstico Secundário – 15; Ajuda para caminhar – 0; Terapia intravenosa – 0; Postura no andar e na transferência – 20; Estado mental – 15)

**Avaliação do Risco de Desenvolvimento de úlcera por pressão através da Escala de Braden - 15 Alto Risco** (Percepção Sensorial - 3; Humidade – 3; Atividade – 2; Mobilidade – 2; Nutrição – 4; Fricção e forças de deslizamento – 1)

## 8. REQUISITOS DE AUTOCUIDADO SEGUNDO DOROTHEA OREM

REQUISITOS UNIVERSAIS DE AUTOCUIDADO			
Manutenção de Respiração Eficaz			
<b>Padrão</b>	<b>Habitual</b>	<b>de</b>	Agente do seu autocuidado neste requisito. Sem alterações do seu padrão respiratório.
<b>Padrão</b>	<b>Atual</b>	<b>de</b>	Sem alterações do seu padrão respiratório.
<b>Sistema de Enfermagem</b>			

REQUISITOS UNIVERSAIS DE AUTOCUIDADO			
Ingestão adequada de alimentos e líquidos			
<b>Padrão</b>	<b>Habitual</b>	<b>de</b>	Agente do seu autocuidado neste requisito. Não gosta de legumes e comia pouca fruta. Prefere carne a peixe. Gosta de doces. Apresenta excesso de peso.
<b>Padrão</b>	<b>Atual</b>	<b>de</b>	Necessita de ajuda total para a confecção dos alimentos e para prepará-los (partir a carne, descascar a fruta). Come de forma autônoma, sem necessidade de dispositivos de compensação. Come praticamente a totalidade da refeição oferecida no hospital, com exceção de legume e fruta. Não come peixe. Nos intervalos das refeições e à noite come bolachas em grande quantidade, bebe leite com chocolate, etc.
<b>Sistema de Enfermagem</b>		<b>Sistema Parcialmente Compensatório</b>	

REQUISITOS UNIVERSAIS DE AUTOCUIDADO			
Eliminação Vesical			
<b>Padrão</b>	<b>Habitual</b>	<b>de</b>	Agente do seu autocuidados neste requisito.
<b>Padrão</b>	<b>Atual</b>	<b>de</b>	Apresenta perdas ocasionais noturnas necessitando de fralda. Necessita de ajuda de terceira pessoa para colocação de arrastadeira (quando está deitada). Necessita de ajuda parcial para as transferências para a sanita (quando está na cadeira de rodas).
<b>Sistema de Enfermagem</b>		<b>Sistema Parcialmente Compensatório</b>	

REQUISITOS UNIVERSAIS DE AUTOCUIDADO			
Eliminação Intestinal			
<b>Padrão</b>	<b>Habitual</b>	<b>de</b>	Agente do seu autocuidado neste requisito.
<b>Padrão</b>	<b>Atual</b>	<b>de</b>	Apresenta continência de esfíncter retal Necessita de ajuda de terceira pessoa para colocação de arrastadeira (quando está deitada) Necessita de ajuda parcial para as transferências para a sanita (quando está na cadeira de rodas (CR)). Necessita de ajuda de terceira pessoa para a higiene da região perianal
<b>Sistema de Enfermagem</b>		<b>Sistema Parcialmente Compensatório</b>	

REQUISITOS UNIVERSAIS DE AUTOCUIDADO			
Equilíbrio entre os períodos de atividade e descanso			
<b>Padrão</b>	<b>Habitual</b>	<b>de</b>	Agente do seu autocuidado neste requisito Trabalhava como assistente administrativa. Tem dificuldade em acordar de manhã cedo. Ao fim-de-semana dorme a sesta
<b>Padrão</b>	<b>Atual</b>	<b>de</b>	Realiza as atividades nos diversos departamentos e enfermaria, com as quais conjuga períodos de repouso na cama. Mantém dificuldade em acordar de manhã cedo para iniciar as atividades. Dorme cerca de 10h de noite e a sesta. Ressoa.
<b>Sistema de Enfermagem</b>			

REQUISITOS UNIVERSAIS DE AUTOCUIDADO			
Equilíbrio entre solidão e interação social			
<b>Padrão</b>	<b>Habitual</b>	<b>de</b>	Agente do seu autocuidado neste requisito. Gosta de estar com a família
<b>Padrão</b>	<b>Atual</b>	<b>de</b>	Recebe a visita diária da mãe (que é a sua principal cuidadora), do marido e da filha e de vários amigos. Gosta de falar ao telemóvel. Gosta de ler livros e revistas
<b>Sistema de Enfermagem</b>			



<b>REQUISITOS UNIVERSAIS DE AUTOCUIDADO</b>			
<b>Prevenção de riscos à vida humana</b>			
<b>Padrão Habitual de Autocuidado</b>			Fumadora de 2 maços de cigarros por dia Obesidade
<b>Padrão Atual de Autocuidado</b>			Fuma apenas 1 cigarro por dia. Tem prescrito terapêutica de substituição e já realizou consulta de cessação tabágica durante o internamento. Continua a comer para além das suas necessidades. Apresenta por vezes algum grau de precipitação na realização das atividades nem sempre tendo em conta as questões de segurança
<b>Sistema de Enfermagem</b>		<b>Sistema de Apoio e Educação</b>	

<b>REQUISITOS UNIVERSAIS DE AUTOCUIDADO</b>			
<b>Promoção do normal funcionamento</b>			
<b>Padrão Habitual de Autocuidado</b>			Agente do seu autocuidado neste requisito.
<b>Padrão Atual de Autocuidado</b>			Necessita de ajuda para a confecção e corte dos alimentos. Realiza cerca de 50% do banho na cadeira. Necessita de ajuda para lavar as costas, o membro superior direito, os membros inferiores e a região perianal. Realiza a higiene oral de forma autónoma. Necessita de ajuda total nas atividades vestir a parte superior do corpo, e para vestir e despir a parte inferior do corpo. Necessita de ajuda parcial nas transferências cama/cadeira/sanita. Autónoma na utilização da CR embora necessite de bastante estímulo para o fazer. Autónoma nas automobilizações no leito e na CR, precisa de estímulo para o fazer.
<b>Sistema de Enfermagem</b>		<b>Sistema totalmente compensatório</b>	

<b>REQUISITOS DE DESVO DE SAÚDE</b>	
<b>Procurar e garantir assistência médica adequada</b>	É o agente do seu autocuidado neste requisito
<b>Estar consciente e atender aos efeitos e resultados da sua doença, incluindo os efeitos decorrentes do desenvolvimento</b>	Apesar da gravidade das lesões provocadas pelo AVC, a S.A. tem esperança de recuperar, em especial o andar. Expectativa elevada dada a gravidade da lesão e o nível de sequelas que ainda permanecem ao fim de 2 meses e meio.
<b>Execução de medidas prescritas pelo medico</b>	Tem dificuldade em cumprir as restrições alimentares sugeridas. Necessita de bastante incentivo para realizar as atividades e os exercícios de forma autónoma

## 9. PLANO DE CUIDADOS SEGUNDO O MODELO DE DOROTHEA OREM

Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação	Objetivos	Intervenções do EEER	Avaliação
<b>Défice de autocuidado para confeccionar e preparar os alimentos relacionado com hemiplegia direita</b>	Promover a preparação autónoma dos alimentos (cortar a carne, etc)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação de produtos de apoio que auxiliem a realização destas atividades (por ex: faca adaptada, tábua com pinos para prender os alimentos)</li> <li>- Treino das atividades de cortar e descascar os alimentos com o auxílio de produtos de apoio (cortador e descascador de fruta/legumes)</li> </ul>	<p><b>22/1</b> – Quando a carne é mais macia a Sandra consegue cortá-la utilizando apenas a mão direita.</p> <p>Ainda não foi realizado o treino de cortar a fruta</p>

Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação	Objetivos	Intervenções do EEER	Avaliação
<p><b>Défice de autocuidado na eliminação vesical relacionado com AVC e manifestado por perda ocasional de urina durante a noite</b></p>	<p>Promover uma adequada eliminação vesical Prevenir os episódios de perdas noturnas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de treino miccional diurno horário, alargando o período de tempo entre as micções de acordo com a tolerância da doente</li> <li>- Realização de ensino sobre a importância de reduzir a ingestão hídrica no período noturno a partir das 19h</li> <li>- Incentivo para que a doente peça a arrastadeira no período noturno</li> <li>- Realização de exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico (exercícios de Kegel)</li> <li>- Realização de contrato com a doente para solicitar a não utilização da fralda no período noturno</li> <li>- Reforço positivo de todos os progressos obtidos no processo de reabilitação</li> </ul>	<p>22/1 – Há cerca de 2 dias que não é colocada fralda no período noturno e a S.A. tem conseguido controlar micções na arrastadeira, no período noturno.</p> <p><b>23/1-</b> Foi novamente colocada fralda e no início da manhã a S.A. apresentava a fralda com urina</p>

Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação	Objetivos	Intervenções do EEER	Avaliação
<p><b>Déficé de autocuidado na promoção do normal funcionamento relacionado com hemiplegia esquerda e manifestada por dificuldade na mobilização e incapacidade para a marcha</b></p>	<p>Promover a capacidade de mobilização da S.A: Melhorar força muscular Manter a integridade e amplitude do movimento articular de todos os segmentos corporais Prevenir as complicações da imobilidade Promover a reeducação funcional sensório-motora Promover o equilíbrio sentado e em pé Promover a reintegração do esquema corporal Promover a autonomia na realização dos exercícios terapêutico</p>	<p>- Explicação sobre a importância do programa de reabilitação sensório-motor e a forma como este vai decorrer - Responsabilização da S.A. pelo seu próprio processo de reabilitação - Abordagem da S.A. sempre pelo lado lesado (esquerdo) com o intuito de o estimular - Realização da avaliação neurológica (Estado mental, Pares craniano, Força muscular, através da escala de Lower, Tônus muscular, através da escala modificada de Ashworth, Sensibilidade, Equilíbrio e Coordenação motora) - Mobilização passiva de todos os segmentos articulares do hemicorpo esquerdo respeitando a amplitude articular e o limiar de dor da doente, iniciando pelos segmentos distais (ciclos de 5-10 repetições) - Mobilizações ativas/ativas resistidas de todos os segmentos articulares do hemicorpo direito</p>	<p><b>14/1</b> – ver avaliação neurológica Apresenta alodinia do hemicorpo esquerdo o que limita certos movimentos Necessita de constante incentivo para a realização dos exercícios terapêutico. Necessita de estabilização da art tibiotársica e do joelho para a realização de ponte Desconhece a técnica de levante Apenas executa 40% da técnica de transferência para a cama/ cadeira/sanita Consegue manobrar a CR mas está sempre à espera de 3º Sem noção do esquema corporal</p> <p><b>21/1</b> – Apresenta equilíbrio sentado dinâmico estável Ainda não executa corretamente a técnica de levante Executa cerca de 60% da técnica de transferência Mantem necessidade de estímulo para a realização dos</p>

		<p>(5-10 repetições)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensino e treino dos exercícios terapêuticos (automobilizações, facilitação cruzada, ponte, rolamentos, etc)</li> <li>- Incentivo para que a pessoa olhe para o lado lesado de modo a integrá-lo mais facilmente</li> <li>- Realização de exercícios de treino do equilíbrios sentado e em pé, estático e dinâmico</li> <li>- Ensino e treino da correta técnica de levantar da cama</li> <li>- Ensino e treino da passagem da posição de sentado para posição ortostática;</li> <li>- Ensino e treino sobre correta técnica de transferência cama/CR/sanita</li> <li>- Promoção da utilização autónoma da CR</li> <li>- Explicação sobre a importância da utilização de superfície de apoio enquanto está sentada</li> <li>- Realização de correção postural se possível em frente ao espelho</li> <li>- Inclusão dos cuidadores no processo terapêutico</li> </ul>	<p>exercícios terapêuticos</p> <p>Já utiliza mais autonomamente a CR</p> <p>Ainda se esquece muitas vezes de colocar a superfície de apoio enquanto está sentada</p>
--	--	---	--

Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação	Objetivos	Intervenções do EEER	Avaliação
<p><b>Déficé de autocuidado na promoção do normal funcionamento relacionado com hemiplegia esquerda manifestado por necessidade de ajuda de 3º pessoa para realização de 50% da higiene corporal</b></p>	<p>Promover a autonomia na realização da higiene corporal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivo para que a doente assuma o controlo durante os cuidados de higiene</li> <li>- Reforço dos aspetos de manutenção da segurança</li> <li>- Ensino sobre os cuidados a ter com a temperatura da água, lembrando que deve verificá-la numa zona com a sensibilidade térmica mantida</li> <li>- Incentivo para que a doente prepare os produtos necessários à realização da higiene</li> <li>- Incentivo para realize autonomamente a higiene das regiões onde o consegue fazer</li> <li>- Aplicar creme hidratante em toda a superfície corporal, prevenindo zonas de pressão</li> <li>- Incentivo a uma boa higiene das mãos</li> <li>- Incentivo à higiene oral de preferência em frente a um espelho</li> <li>- Promoção do uso de produtos de apoio para alcançar as zonas mais difíceis (costas e pés)</li> </ul>	<p><b>14/1</b> – Consegue realizar cerca de 50% do banho na cadeira. Precisa por vezes de voz de comando para desencadear as ações necessárias</p> <p><b>23/1</b> – consegue encadear melhor as ações, em especial quando está mais acordada</p>

Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação	Objetivos	Intervenções do EEER	Avaliação
<p><b>Défice de autocuidado na promoção do normal funcionamento relacionado com hemiplegia esquerda e manifestada por necessidade de ajuda de 3º pessoa para realização da atividade de vestir-se e despir-se</b></p>	<p>Promover a autonomia na realização da atividade vestir/despir</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informação sobre as melhores características de vestuário que facilitem o treino e reduzam o risco de lesões cutâneas</li> <li>- Informação sobre as melhores características do calçado, de modo a reduzir o risco de queda</li> <li>- Incentivo à escolha da roupa pela própria</li> <li>- Ensino sobre a técnica correta de vestir/despir a parte superior e inferior do corpo</li> <li>- Supervisão da realização da técnica</li> <li>- Utilização se necessário e possível de produtos de apoio</li> <li>- Respeito pelo tempo da pessoa</li> <li>- Ensino da correta técnica também aos cuidadores (mãe)</li> </ul>	<p><b>14/1</b> – Consegue despir a parte superior do corpo</p> <p><b>16/1</b> – Iniciado treino para vestir a parte superior do corpo. Está sempre muito sonolenta no período da manhã o que dificulta a capacidade de concentração e aprendizagem. A hipotonia marcada do membro superior esquerdo dificultam a tarefa. A diminuição da acuidade visual dificulta a execução das tarefas</p> <p><b>23/1</b> – Iniciado treino de vestir a parte inferior do corpo. consegue fletir a perna esquerda sobre a direita mas não consegue mantê-la sem o auxílio da mão direita ou de 3ªa pessoa.</p>

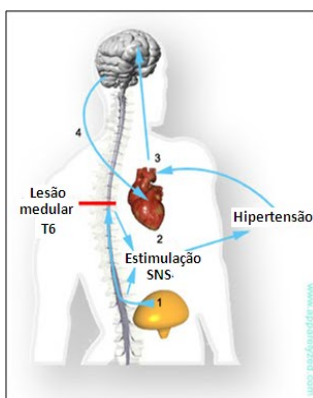


<b>Diagnóstico de Enfermagem de Reabilitação</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Intervenções do EEER</b>	<b>Avaliação</b>
<b>Défice de autocuidados na prevenção de riscos à vida humana manifestado por incumprimento da dieta prescrita e por precipitação na realização das atividades</b>	Promover hábitos de vida saudáveis Promover a segurança a S.A	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ensino sobre a importância de uma dieta equilibrada para a diminuição de peso, diminuição dos fatores de risco da ocorrência de novo AVC e para o processo terapêutico de forma global</li> <li>- Conscientização das suas reais capacidade da S.A. e de quais os princípios de segurança que deve ter em conta para evitar acidentes e lesões</li> </ul>	<b>23/1 – a S. continua a comer bolachas e leite com chocolate em grande quantidade no intervalo das refeições necessita ainda de voz de comando para que realize as atividades de forma fragmentada e sem precipitações</b>

## Apêndice IV – Disreflexia Autônoma

## DISREFLEXIA AUTÓNOMA

A disreflexia autónoma é considerada uma situação de emergência que pode colocar em risco a vida do doente com lesão medular em T6 ou acima.



A existência de um estímulo nocivo abaixo do nível da lesão medular desencadeia AUMENTO DA TENSÃO ARTERIAL que se vai intensificando até o estímulo nocivo ser removido.

Este quadro de hipertensão arterial pode levar:

a complicações neurológicas (AVC e convulsões)  
a complicações cardíacas (enfarte).

## SE SENTIR:

- Dor de cabeça intensa (“como martelar”)
- Aumento da Tensão Arterial
- Diminuição da frequência cardíaca
- Dificuldade em respirar
- Sensação de calor
- “Pele de galinha”
- Pele ruborizada
- Transpiração
- Congestão nasal
- Visão turva
- Arrepios sem febre
- Sabor metálico na boca
- Náuseas
- Ansiedade e nervosismo

acima  
do nível  
da lesão

**Deve  
imediatamente  
procurar  
ajuda médica  
dirigir-se ao  
serviço de  
urgência mais  
próximo**

**Deve possuir um cartão, sempre consigo  
sobre os cuidados a ter em caso de  
Disreflexia Autónoma para que os  
profissionais de saúde estejam despidos  
para a sua situação clínica**

## DEVE PROCURAR ENCONTRAR O MOTIVO

que desencadeou este quadro

Principais estímulos nocivos que causam a disreflexia:	
<b>Urinários</b>	Distensão da bexiga Cólica renal
<b>Intestinais</b>	Obstipação e presença de fecalomas Hemorróidas Estimulação retal
<b>Cutâneos</b>	Feridas e úlceras por pressão Unhas encravadas Objetos que se encontrem por baixo da pele Roupa e sapatos apertados Queimaduras Picadas de insetos
<b>Outros</b>	Alterações ambientais excessivas (muito calor, muito frio) Menstruação Trabalho de parto Relações sexuais Tromboflebite Consumo excessivo de café e álcool

## O QUE DEVE FAZER

- ☞ Assuma a posição de sentado com as pernas pendentes, se possível (permite a diminuição da TA)
- ☞ Verifique a existência de retenção urinária e proceda ao Esvaziamento Lento da Bexiga, utilizando anestésico local para reduzir o estímulo
- ☞ Se estiver algaliado deve verificar se a algália ou sistema de drenagem não estão obstruídos por algum motivo (dobras no tubo, saco de drenagem cheio, etc) e restituir o normal funcionamento da drenagem
- ☞ Esvazie o intestino com manobras suaves utilizando lubrificante com anestésico
- ☞ Retire roupa e sapatos apertados
- ☞ Se possível deve avaliar a sua TA e a FC
- ☞ Tome medicação antihipertensora de ação rápida e de curta duração até encontrar o estímulo nocivo

## Apêndice V – Jornal de aprendizagem



4º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

## 4º JORNAL DE APRENDIZAGEM

Local de Estágio:

[REDACTED]

[REDACTED]

Enfermeiro Orientador:

[REDACTED]

Professora Orientadora: Cristina Saraiva

Discente: Sara Figueiredo

Janeiro

2014

## **Promoção do autocuidado no doente com AVC**

Com o objetivo de adquirir as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) iniciei em Janeiro o estágio no Serviço de Medica Física e Reabilitação do Hospital Curry Cabral do CHLC. Este campo de estágio permitir-me-á o desenvolvimento de competências na área da reabilitação sensório-motora.

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) e a Lesão Vertebro Medular são os principais diagnósticos de admissão dos doentes neste serviço.

Nestas duas primeiras semanas fiquei responsável por uma doente de 36 anos com diagnóstico de AVC isquémico com transformação hemorrágica. Após 2 meses e meio da ocorrência de AVC apresenta como sequelas uma hemiplegia esquerda apenas com movimento de abdução e adução da articulação coxo-femural em cerca de 50% da amplitude do arco de movimento. Deste modo é dependente de terceiros em praticamente todos os requisitos de autocuidado (segundo a Teoria do deficit de autocuidado de Dorothea Orem).

No final da semana passada passei, igualmente a prestar cuidados a outra doente com diagnóstico de AVC isquémico. Uma senhora de 51 anos que apresenta plegia do membro superior direito, mas que já consegue realizar marcha com auxiliar (pirâmide). Esta senhora é praticamente independente na satisfação de todos os requisitos de autocuidado, necessitando de uma ajuda mínima na realização das atividades de vida diária (em especial calçar os sapatos e cortar os alimentos).

A prestação de cuidados a estas doentes, tornou-se o ponto de partida para a reflexão sobre quais as intervenções promotoras do autocuidado no doente com AVC.

Segundo a Sociedade Portuguesa do AVC (2008) cerca de 10% dos indivíduos que sofreram de AVC, ficam totalmente incapacitados e só apenas 30% recuperam a função neurológica anterior. As sequelas físicas e emocionais comprometem a capacidade funcional, a independência, autonomia e também o autocuidado (Souza et al, 2009).

Como potencializar, então, a capacidade de autocuidado do doente com AVC

com sequelas graves e incapacitantes?

Ao deparar-me com esta questão senti que era uma tarefa quase impossível e que, em particular, a D. S., devido às suas limitações funcionais, nunca alcançaria um nível satisfatório de independência para o autocuidado. Depois analisei, que apesar de ainda limitadas, esta doente já tinha conseguido conquistar algumas capacidades. Já controlava esfíncteres, já conseguia realizar transferências (cadeira/cama/sanita) com necessidade de menor ajuda, entre outras. Por isso a minha intervenção seria no sentido de potencializar ainda mais as suas capacidades.

Hoeman (2000), vai ao encontro disso mesmo, quando refere que o EEER deve, junto do doente, promover o autocuidado e o nível máximo de independência funcional na realização das atividades de vida diária (AVD) reforçando comportamentos de adaptação positiva.

Penso que este caminho adaptativo e adaptado às necessidades individuais de cada doente é um percurso a percorrer enquanto futura EEER.

O autocuidado torna-se o foco e um resultado sensível aos cuidados de enfermagem de reabilitação, contribuindo para aumento de conhecimento e habilidades da pessoa e, deste modo, para um incremento da sua saúde e bem-estar (Petronilho, 2012). No entanto, segundo o mesmo autor, a ação de autocuidado não envolve apenas o domínio físico mas também os domínios cognitivo, emocional, psicossocial e comportamental. Deste modo, todas estas áreas devem ser globalmente trabalhadas no doente com AVC.

É importante ao EEER conhecer e compreender as especificidades técnicas do processo de reabilitação da pessoa com AVC, para que deste modo possa ajudar o doente e cuidador na implementação das mesmas para a execução das AVD. Duncan et al (1998) refere que um programa de reabilitação que reforce a componente motora, traz ganhos para o equilíbrio, força e marcha do indivíduo.

No entanto, uma revisão sistemática da literatura realizada por Fonseca et al. (2012) destaca que a educação sobre a gestão da saúde tem impacto positivo na capacidade de autocuidado, devendo, as intervenções educativas, ir ao encontro das necessidades e preferências dos utentes. O envolvimento ativo dos indivíduos nos seus próprios cuidados contribui para o aumento da capacidade de autocuidado.



Uma revisão sistemática da literatura realizada em grupo no decorrer deste 4º mestrado em enfermagem – área de especialização enfermagem de reabilitação corrobora com a importância dada à vertente educativa e trouxe subsídios para a construção desta reflexão.

Programas de educação para a saúde aumentam o nível de conhecimento da pessoa com AVC, no que se refere à patologia, fatores de risco, aquisição de hábitos de vida saudáveis, bem como à gestão e adesão terapêutica (Green, Haley, Eliasziw & Hoyte, 2007 e Ireland et al, 2010).

Com o conhecimento advém a responsabilidade, pelo que Sit, Yip, Ko, Gun & Lee, (2007) referem que a componente educacional responsabiliza o doente pela sua saúde e pelo seu autocuidado.

De salientar que o programa de ensinos deve ser coerente com o contexto sociocultural do individuo e cuidadores de modo a facilitar a sua interiorização e promover a independência funcional (Sequeira, 2009).

O factor tempo é um factor determinante para o sucesso de um programa educacional, em termos de benefícios para o cliente, e é proporcional à sua duração (Green, Haley, Eliasziw & Hoyte, 2007). O EEER deve ter em conta que os progressos no programa de reabilitação não são lineares e variam de pessoa para pessoa, sendo que para algumas este fica completo ao fim de algumas semanas após o AVC, enquanto que para outras pode implicar meses ou anos (Leal, 2001).

Como já anteriormente foi referido, o EEER não pode descurar que o doente e seus cuidadores são parceiros de cuidados e devem ser sempre incluídos no processo de tomada de decisão. Ao sentir-se envolvido no processo terapêutico o doente tende a aderir e colaborar melhor (Widar & Ahlström, 2002).

Assim é importante conhecer o doente, qual o seu nível de conhecimento, capacidade e necessidades de aprendizagem e quais os objetivos que estabeleceu para o seu processo de reabilitação (Brady, Clark, Dickson, Paton & Barbou, 2011; Burton, Gibbon, 2005 e Green et al, 2007).

É importante situar as suas expectativas no patamar adequado e elogiar os seus progressos.

Brady et al (2011) demonstraram que a componente motivacional é bastante importante na melhoria da comunicação e interação social dos doentes com sequela

de disartria pós-AVC.

Por fim e como tem vindo a ser mencionado, o EEER não pode dissociar o doente dos seus cuidadores, uma vez que são eles que o apoiam no cumprimento dos requisitos de autocuidado. Deste modo a componente técnica, educacional e motivacional também deve a eles ser dirigida (Burton & Gibbon, 2005 e McBride & White, 2004),

Nunes e Alves (2003) referem que a integração dos cuidadores informais no processo terapêutico minimiza não só a sua insegurança, como previne complicações e diminui a ocorrência de internamentos.

Com a revisão bibliográfica realizada pude compreender melhor as diferentes componentes do processo de satisfação dos requisitos de autocuidado. Esperava encontrar “receitas” que pudessem contribuir, como por magia, para o aumento mais ou menos rápido da funcionalidade, da motricidade, da força muscular.

No final deste processo de reflexão compreendi o grande papel da intervenção educacional e motivacional na promoção do autocuidado no doente com AVC. Ao prestar cuidados à D. S. pude sentir que quando a conseguia motivar para determinado aspeto da sua recuperação que o seu empenho era maior (ainda que os resultados práticos não fossem tão visíveis), ou que quando lhe apresentava por exemplo opções de produtos de apoio ela própria e a sua mãe começavam a idealizar formas de adaptar e adoptar estratégias de facilitação das AVD.

## Referências Bibliográficas

- Brady, M., Clark, A., Dickson, S., Paton, G. & Barbour, R., (2011). Dysarthria following stroke – the patient's perspective on management and rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*. 25(10). 935-952. Acedido a 26/11/2012. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=21729975&site=ehost-live>
- Burton, C. & Gibbon, B. (2005). Expanding the role of the stroke: a pragmatic clinical trial. *Journal of Advanced Nursing*, 52(6), 640-650. Acedido a 29/01/2013. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=>
- Duncan, P., Richards, L., Wallace, D., Stoker-Yates, J., Pohl, P., Luchies, C., Ogle, A. & Studenski, S. (1998) A Randomized, Controlled pilot Study of a Home-Based Exercise program for individuals with mild and moderate stroke. *Journal of the American Heart Association*. 29. 2055-2060..
- Fonseca, C.; Ramos, A.; Vilelas, J.; Castro, C. & Botelho, M. (2012). Ganhos das intervenções de enfermagem individualizadas: revisão sistemática da literatura. *Revrene*. 13(2). 470-479
- Green, T., Haley, E., Eliasziw & Hoyte, K. (2007). Education in stroke prevention: Efficacy of a education counselling intervention to increase knowledge in stroke survivors. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*, 29 (2), 13-20. Acedido a 26/11/2012 Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009907461&site=ehost-live>
- Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo*. 2a Ed. Loures: Lusociência
- Ireland, S., MacKenzie, G., Gould, L., Dassinger, D., Koper, A. & LeBlanc (2010). Nurse case management to improve risk reduction outcomes in a stroke prevention clinic. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*, 32 (4), 7- 13. Acedido a 26/11/2012. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010885333&site=ehost-live>

- Leal, F. (2001) - Enfermagem em Neurologia – Intervenções de Enfermagem no Acidente Vascular Cerebral. Lisboa: Edição *Sinais Vitais*.
- McBride, K., White, C. (2004). Post-discharge nursing intervention for stroke survivors and their families. *Journal of Advanced Nursing*, 47 (2), 192- 200. Acedido a 28/01/2013. Disponível em:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2004190563&site=ehost-live>
- Nunes, I. & Alves, P. (2003). As dificuldades sentidas pela família do doente com AVC no Domicílio – contributos para melhor cuidar. *Geriatria*. 15 (153). 10-19.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: conceito central da enfermagem*. Coimbra: Formasau. 105 p.
- Sequeira, P. (2009). Educação para a saúde à família do doente com AVC. *Sinais Vitais*. 20. 15-25.
- Sit, J., Yip, V., Ko, Stanley, Gun, A. & Lee, J. (2007). A quasi-experimental study on a community-based stroke prevention programme for clientes with minor stroke. *Journal compilation*. 16. 272-281. Acedido a 13/12/2012. Disponível em:  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009505893&site=ehost-live>
- Sociedade Portuguesa de AVC (2008). *Guia do Cuidador*. Porto: Sociedade Portuguesa do AVC.
- Souza, C., Braga, R., Abreu, N., Brit, E., Moreira, T., Silva, L., Vasconcelos, S. (2009). O cuidado domiciliário de idosos acometidos por acidente vascular cerebral: cuidadores familiares. *Revista de Enfermagem UERJ*. 17(1). 41-45.
- Wildar, M. & Ahlstrom, G. (2002) - Disability after a stroke and the influence of long-term pain on everyday life. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*. 16(3). 302-310.